



REPORTE SOBRE LA VULNERABILIDAD Y SITUACIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA

MIGRANTES Y PERUANAS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

INFORME FINAL 2020



REPORTE SOBRE LA VULNERABILIDAD Y SITUACIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA MIGRANTES Y PERUANAS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

Primera edición digital - Abril 2021

HECHO EL DEPOSITO LEGAL EN LA BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERU N° 2021-03599

Elaborado por:

© **Fundación Acción contra el Hambre**

Calle Río de la Plata N° 396 | San Isidro, Lima – Perú

© **Construyendo Caminos de Esperanza Frente a la Injusticia, el Rechazo y el Olvido – CCEFIRO**

Jr. Bolognesi N° 242 | Carmen de la Legua, Callao - Perú

Equipo Acción contra el Hambre

América Arias Antón

Alejandro Vargas Vásquez

Henry Torres Fuentes Rivera

Carlos Matienzo Pisfil

Equipo CCEFIRO

Julio Rondinel Cano

Mercedes Atoccca López

Ángel Lorenzo Garay – Consultor Externo

Diseño, diagramación y corrección ortográfica:

www.digitalworldperu.com

Agradecimientos

Acción contra el Hambre y CCEFIRO agradecen la participación de las personas peruanas, migrantes y refugiados que viven con el VIH/SIDA, quienes nos han brindado información muy valiosa sobre sus medios de vida y la situación que han venido enfrentando por la pandemia de la COVID-19. Esta información constituye un insumo significativo para el análisis y construcción de alternativas viables que mejoren su situación.

De igual forma, este documento no se habría podido ejecutar sin el apoyo de instituciones como ONUSIDA, Municipalidad Metropolitana de Lima, Gobiernos Locales y organizaciones de la Sociedad Civil quienes brindaron las facilidades correspondientes y participaron en esta acción. A todo este grupo, nuestros sinceros agradecimientos por tan valioso aporte.

“El contenido de este material es responsabilidad exclusiva de Acción contra el Hambre y CCEFIRO”



CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN EJECUTIVO | 4 |
| SIGLAS Y ACRÓNIMOS | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| I./ CONTEXTO GENERAL | 12 |
| II./ EFECTOS DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 SOBRE LAS PERSONAS CON VIH | 21 |
| III./ OBJETIVO DEL ESTUDIO | 29 |
| IV./ POBLACIÓN OBJETIVO | 29 |
| V./ JUSTIFICACIÓN | 30 |
| VI./ ASPECTOS GENERALES DEL ESTUDIO | 32 |
| A. TAMAÑO Y DISEÑO MUESTRAL | 32 |
| B. MÉTODO DE SELECCIÓN | 32 |
| C. RECOLECCIÓN DE DATOS | 34 |
| D. ANÁLISIS DE LOS DATOS | 36 |
| E. CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES CLAVES | 36 |
| F. ESTRUCTURA DE LA ENCUESTA | 38 |
| G. LIMITACIONES | 39 |
| VII./ RESULTADOS Y ANÁLISIS | 41 |
| VIII./ CONCLUSIONES | 75 |
| IX./ RECOMENDACIONES | 78 |



RESUMEN EJECUTIVO

El presente reporte sobre la vulnerabilidad y situación de las personas que viven con el VIH/SIDA migrantes y peruanas en el marco de la pandemia de la COVID-19, registra algunas dimensiones de la vulnerabilidad social que dan cuenta de la profundidad y la magnitud del riesgo social en el que se encuentran las personas que viven con el VIH/SIDA a consecuencia del impacto de la pandemia de la COVID-19.

El estudio presenta un análisis de la primera dimensión sobre la «Caracterización general y socioeconómica de las personas que viven con el VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos». Esta dimensión está compuesta por seis variables que nos permiten analizar los datos de la persona, su composición familiar y roles como jefe o dependiente, el estado de la vivienda y el nivel de hacinamiento, los recursos provenientes del acceso a la educación, los ingresos económicos afectados por la pérdida de trabajo y la seguridad alimentaria como una condición que afecta el consumo y asimilación de medicamentos antiretrovirales para el control de la infección por VIH.

El Ministerio de Salud (MINSA), mediante el Decreto Supremo n.º 002-2020-SA, publicado en el diario oficial *El Peruano*, incorporó como afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS) a la población en situación de «**vulnerabilidad sanitaria**». Así, en el marco de la progresividad de la política de aseguramiento universal en salud, se incluye dentro de la afiliación regular al régimen subsidiado del SIS, a las personas que viven con el VIH/SIDA, con diagnóstico de tuberculosis (TB) y a aquellas con discapacidad severa, que tendrán derecho al conjunto de prestaciones con un subsidio del 100%.

Esta norma desarrolla el concepto de vulnerabilidad sanitaria para viabilizar la afiliación regular al régimen subsidiado del SIS, entendido como aquella situación asociada a una condición de salud que denota desventaja especialmente grave, a nivel económico, educativo y social, entre otros.



Esta condición limita la capacidad de desarrollarse, resistir o sobreponerse ante una enfermedad, riesgo de enfermar o morir, y requiere que el Estado realice un mayor esfuerzo para facilitar la participación con igualdad de oportunidades en la vida nacional y acceder a mejores condiciones de vida.

Esta política pública sobre VIH/SIDA, sin embargo, no reconoce la vulnerabilidad social que se expresa con mayor gravedad a consecuencia de la COVID-19.

ONUSIDA pide a los gobiernos que cumplan con su compromiso para alcanzar el desarrollo sostenible de no dejar a nadie atrás mediante el fortalecimiento de los **Sistemas de Protección Social**¹, incluido el conjunto de estándares mínimos conocidos como «pisos», frente a la pandemia de la COVID-19 y mejorando la capacidad de respuesta de los sistemas de protección social a las necesidades y vulnerabilidades básicas y cambiantes de las personas, en particular para las personas que viven con, están en riesgo y se ven afectadas por el VIH, incluidas las poblaciones clave² y los jóvenes, las mujeres y las niñas, las personas con discapacidad, los refugiados, los solicitantes de asilo, los migrantes y las poblaciones en estado de inseguridad alimentaria o desnutrición y en entornos humanitarios.

Estos grupos de personas se encuentran entre las poblaciones de mayor vulnerabilidad frente a la COVID-19 y son especialmente vulnerables a las desigualdades económicas, los espacios sociales y las interrupciones en la prestación y el acceso efectivo a los servicios básicos y la asistencia social.

La pandemia de la COVID-19 es una crisis de salud, de desarrollo y humanitaria sin precedentes. Se ha desafiado a los gobiernos a concebir y aplicar respuestas sustantivas para alcanzar a los más vulnerables y marginados. Los sistemas de protección social son una parte indispensable de una respuesta a la crisis que se desarrolla y, en particular, el conjunto de salvaguardias mínimas en las que se basan, conocidos como «pisos». Los pisos de protección social son conjuntos de garantías básicas definidas a nivel nacional que deben asegurar, como mínimo, que, durante el ciclo de vida, las personas necesitadas tengan acceso a la atención médica esencial y a la seguridad básica de los ingresos que, en conjunto, garanticen el acceso efectivo a bienes y servicios.

En cuanto a la **vulnerabilidad social**, existe una amplia gama de dimensiones que no pueden ser abordadas simultáneamente, por lo que en este estudio se han seleccionado algunas que reflejan la profundidad y la magnitud del riesgo social en las personas que viven con el VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos.

El estudio nos permitió analizar la segunda dimensión sobre el «Acceso universal a la salud para personas que viven con el VIH peruanos e inmigrantes de nacionalidad venezolana», concordante

1 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/call-to-action-social-protection-covid19_en.pdf

2 UNUSIDA considera a los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas, como los cuatro principales grupos de población clave, pero reconoce que los presos y otras personas encarceladas también son particularmente vulnerables al VIH y con frecuencia carecen de acceso a servicios. Los países deben definir las poblaciones específicas que son clave para su epidemia y respuesta en función del contexto epidemiológico y social



con la estrategia global propuesta por ONUSIDA para eliminar el SIDA al 2030. Esta dimensión está compuesta por tres variables, las cuales nos permiten analizar las limitaciones para el acceso a servicios de salud, el nivel de servicios recibidos durante la COVID-19 y el acceso a los programas de protección social del Gobierno peruano y de las organizaciones civiles y agencias de cooperación humanitaria.

Una tercera dimensión del análisis es el referido a los «Derechos humanos, estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos». Esta dimensión está compuesta por cuatro variables, las cuales nos permiten analizar información sobre los sistemas de promoción y protección de derechos en salud, el empleo digno y decente durante la pandemia de la COVID-19, la respuesta comunitaria frente al VIH y a la COVID-19, la violencia basada en el género u orientación sexual, así como la determinación de los riesgos a los que están expuestas las personas viviendo con el VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos.

Por último, el estudio nos permite analizar la dimensión vinculada con la «Vulnerabilidad en contexto COVID-19 referida a las personas que viven con el VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos». Esta dimensión está compuesta por tres variables, las cuales nos permiten determinar la exposición a riesgos en las personas que viven con el VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos, la incapacidad para enfrentar estos riesgos y superarlos, y la inhabilidad para adaptarse activamente.

Las cuatro dimensiones anteriores nos permiten abordar la vulnerabilidad temporal o permanente en las personas que viven con el VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos, y el incremento de estas vulnerabilidades a consecuencia de la pandemia de la COVID-19, como se viene respondiendo desde las comunidades de personas afectadas y poblaciones clave para mitigar el hambre y la pobreza emergente que limita el acceso a la vida digna libre de discriminación.

El análisis realizado sirve para plantear propuestas que deben tomar en cuenta las políticas públicas y los sistemas de protección social. En las propuestas de políticas se destacan elementos para hacer evidente que las políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad social deben ser una apuesta que beneficie a la sociedad como un todo o a quienes no son contemplados por dichas políticas de manera directa, y ello es fundamental para el incremento de la inversión social y la ampliación del acceso a programas de protección social sensibles al VIH.



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ▶ ACNUR Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- ▶ AEAM Alianza EcuMénica de Acción Social
- ▶ ARV Antirretrovirales
- ▶ CCEFIRO Construyendo Caminos de Esperanza Frente a la Injusticia, el Rechazo y el Olvido
- ▶ CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- ▶ COVID-19 Enfermedad por coronavirus
- ▶ GTRM Grupo de Trabajo para la Respuesta Migratoria
- ▶ FOROSALUD Foro de la Sociedad Civil en Salud
- ▶ IMPACVIH Información para convivir con el VIH
- ▶ ITS Infección de Transmisión Sexual
- ▶ LGTBI Lesbianas, gays, transgénero, bisexuales, intersexuales
- ▶ MINSA Ministerio de Salud
- ▶ OATS Organizaciones de afectados por la tuberculosis
- ▶ OBC Organización de base comunitaria
- ▶ ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible
- ▶ OIM Organización Internacional para las Migraciones
- ▶ ONG Organización No Gubernamental



- ▶ ONU Organización de las Naciones Unidas
- ▶ ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
- ▶ ONUSIDA LAC ONUSIDA América Latina y El Caribe
- ▶ PVVS Personas viviendo con el VIH y Sida
- ▶ PBI Producto bruto interno
- ▶ SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- ▶ SIS Seguro Integral de Salud
- ▶ SISFHO Sistema de Focalización de Hogares
- ▶ SJS Servicio Jesuita de la Solidaridad - Encuentros
- ▶ SMV Sueldo Mínimo Vital
- ▶ SUNARP Superintendencia Nacional de los Registros Públicos
- ▶ SUSALUD Superintendencia Nacional de Salud
- ▶ TARGA Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
- ▶ TB Tuberculosis
- ▶ VBG Violencia basada en género
- ▶ VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- ▶ VIH+ Persona VIH positiva



INTRODUCCION

La migración como circunstancia de movilidad humana bajo condiciones forzadas genera un impacto sociosanitario con características similares a una gran catástrofe y con la complejidad asociada generada por la incertidumbre, la necesidad, la fatiga, el abandono de su propia identidad cultural y demográfica, sumado a un vacío emocional, mental y físico por los que se dejan atrás y a las expectativas por el lugar adonde se llega buscando una mejor calidad de vida.

El flujo de migrantes y refugiados desde Venezuela ha ido escalando enormemente en los últimos cuatro años no sólo en cuanto a número de personas sino también en relación con necesidades y requerimientos a atender, constituyendo la mayor movilización de personas en la historia de Latinoamérica a la segunda más voluminosa a nivel mundial. Los motivos de esta migración son múltiples y diversos, y entre ellos se destacan los vinculados a temas de atención en salud, entre los cuales se encuentra la condición de vivir con VIH y la importancia de poder acceder a los tratamientos que garanticen su vida, siendo éste un factor clave al momento de elegir un destino.

Sumado a esto, muchas de las personas migrantes con VIH forman parte de la comunidad LGBTI+, y debido a los elevados índices de estigma y discriminación a los que se enfrentan se convierten en uno de los grupos más vulnerables en contextos de movilidad humana frente a situaciones xenofóbicas, a la trata y tráfico de personas, al abuso y explotación laboral y sexual, a la violencia física y psicológica, al maltrato a la dignidad humana.

Desde el inicio de esta crisis migratoria, se han desafiado enormemente las capacidades nacionales de respuesta lo que resulta en que una gran proporción de personas refugiadas y migrantes no accedan a servicios básicos en salud, educación e integración económica. Todo esto se ha agravado considerablemente ante la pandemia por COVID-19 debido esencialmente a las políticas de restricción de circulación y aislamiento, limitación de actividades económicas – ya precarias previamente, falta de acceso a alimentación, vivienda, medicinas y otros bienes esenciales de consumo, situaciones de violencia, además de impedimento de continuar muchas veces con las rutas de tránsito hacia países de destino final.

Además de las acciones e intervenciones que los países desarrollan para dar las respuestas necesarias – pero lamentablemente no suficientes para estos grupos de población, ha sido definitivamente clave el enorme involucramiento y el compromiso de las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil que fueron y continúan siendo las instituciones que brindan el principal soporte a las poblaciones más vulnerables y con mayores necesidades, como migrantes y refugiados con VIH o afectados por el VIH.



Pero la realidad muestra que las organizaciones de base comunitaria en general carecen de herramientas para una atención y contención de manera integral y en este sentido existe una transferencia de responsabilidades sin capacidades.

En este sentido y para poder implementar intervenciones exitosas en todos los ámbitos necesarios, ONUSIDA recomienda empoderar estratégicamente y generar capacidades en las organizaciones comunitarias dentro de la red de salud comunitaria y también aquellas que trabajan fuera del ámbito de la salud, asegurando la integración efectiva de poblaciones migrantes con el enfoque oportuno de género y derechos humanos, disminuyendo el estigma y la xenofobia entre las comunidades de acogida y la sociedad en general.

Desde el año 2018, ONUSIDA participa del “Proceso de Quito”, instancia generada por solicitud del Secretario General de Naciones Unidas a fin de fortalecer la coordinación regional y la cooperación internacional para mejorar la protección de los derechos de las personas migrantes y refugiados de origen venezolano. A través de este mecanismo se ha venido trabajando para fortalecer las respuestas nacionales de los países miembros de este grupo a través de una declaración política que se renueva y se fortalece cada año, así como también a través de un plan de acción para la atención a venezolanos en el contexto de movilidad humana en la región que busca garantizar sus derechos humanos, especialmente de los grupos más vulnerables.

El compromiso de ONUSIDA, conjuntamente con OPS, en el marco del Proceso Quito contempla el seguimiento y monitoreo desde cinco líneas de acción: i) fortalecer la vigilancia sanitaria, la gestión de la información, y el monitoreo; ii) mejorar el acceso a los servicios de salud para la población refugiada y migrante y las comunidades de acogida; iii) mejorar la comunicación e intercambio de información con el fin de contrarrestar la xenofobia, el estigma y la discriminación, especialmente contra las personas que viven con VIH y las poblaciones clave; iv) fortalecer las alianzas, las redes y los marcos multipaís con el fin de comprender el estatus y promover y proteger la salud de los refugiados y migrantes; y v) adaptar las políticas, programas y marcos legales con el fin de promover y proteger la salud y bienestar de los refugiados y migrantes.

Asimismo y con el propósito fundamental de mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas migrantes y refugiadas con VIH en la región, ONUSIDA considera trascendental incrementar acciones de integración social, junto con estrategias de comunicación que lleguen de manera transversal a la población en general, y no sólo a comunidades migrantes y comunidades receptoras.

Es indispensable situar a las personas migrantes y refugiadas como sujetos de derechos desde una perspectiva holística, es decir, tiene tantos derechos como obligaciones, lo que expresa implícitamente que como sujeto de acción debe tener un rol activo, empoderado de sus derechos y de sus deberes.

Dra Alejandra Corao

Directora interina de la Oficina Regional de ONUSIDA para América Latina y el Caribe



I./CONTEXTO GENERAL

En el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la protección social desempeña un papel integral en la erradicación de la pobreza crónica (meta 1.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS]), la reducción de las desigualdades sociales y de género (metas 5.4 y 10.4 de los ODS) y el logro de la cobertura sanitaria universal (meta 3.8 de los ODS) en consonancia con el consenso internacional sobre los pisos de protección social nacionales, como se describió anteriormente.

En la actualidad, aproximadamente el 55% de la población mundial NO tiene cobertura de protección social. Las respuestas del Gobierno a la COVID-19 deben prestar una atención crítica a las poblaciones que quedan atrás en la respuesta al VIH, en el esfuerzo por protegerlas socialmente.

Las personas que viven con el VIH y la tuberculosis (TB) están siendo afectadas significativamente por la COVID-19. El modelado ha estimado los impactos potencialmente catastróficos por la pandemia de la COVID-19, con aumentos de hasta 10, 20 y 36% de muertes proyectadas para pacientes con VIH, tuberculosis y malaria, respectivamente, durante los próximos cinco años. No dejar a nadie atrás frente a la COVID-19.

Los grupos de población clave y comunidades se enfrentan a interrupciones extremas de subsistencia y medios de vida. Las trabajadoras sexuales en la mayoría de los países operan dentro de la economía informal, actualmente no pueden trabajar y enfrentan la indigencia y el hambre junto con sus dependientes. Las personas que se inyectan drogas a menudo no tienen ingresos ni acceso a servicios de prevención, tratamiento ni rehabilitación.

Las comunidades gays, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales se enfrentan a una mayor estigmatización, violencia y alienación. Muchos están excluidos de los actuales mecanismos de protección social y paquetes de asistencia ante la pandemia. Los niños y los jóvenes están sufriendo de manera desproporcionada la crisis de la COVID-19. Antes del brote dos de cada tres niños tenían cobertura de protección social nula o inadecuada.

EN LA ACTUALIDAD, APROXIMADAMENTE EL 55% DE LA POBLACIÓN MUNDIAL NO TIENE COBERTURA DE PROTECCIÓN SOCIAL.

LAS MUJERES Y LAS NIÑAS, EN TODA SU DIVERSIDAD, SE ENCUENTRAN ENTRE LAS MÁS AFECTADAS.



La vulnerabilidad de la niñez y la juventud al VIH se ha visto agravado aún más por el cierre de escuelas, que afectó a más del 90% de la población estudiantil mundial, interrumpiendo el acceso a la educación y a servicios sociales fundamentales, como las comidas escolares. Las mujeres y las niñas, en toda su diversidad, se encuentran entre las más afectadas.

En el pasado, el cierre de escuelas dio lugar a matrimonios precoces y forzados, sexo transaccional para cubrir necesidades básicas y abuso sexual, lo que llevó a un aumento de los embarazos de adolescentes en algunas comunidades.

Las mujeres y las niñas están sobrerrepresentadas en la economía informal y en trabajo no remunerado dentro y fuera del hogar, mientras que la COVID-19 ha exacerbado la carga que soportan en el cuidado de la salud y otros trabajos remunerados y no remunerados. La pandemia también ha puesto de manifiesto la precariedad de sus trabajos. Las desigualdades de género y de ingresos exacerbaban el riesgo de contraer el VIH.

La incapacidad de los hombres para ganarse la vida y mantener a sus familias mientras luchan por alcanzar las expectativas y cumplir las normativas sociales como «sostén de la familia» y «protectores» puede generar más tensión en los hogares y en la dinámica de género. Esta tensión sobre los niños y adolescentes podría afectar su salud mental y conducir a estrategias de afrontamiento abusivas y negativas que, en algunos casos, perpetúan la violencia y las nociones erróneas de masculinidad. Los refugiados y los solicitantes de asilo a menudo quedan excluidos de los programas nacionales de protección social, lo que dificulta su capacidad para satisfacer las necesidades básicas y lograr la autosuficiencia.

Las poblaciones en entornos humanitarios se encuentran entre las más vulnerables a las consecuencias socioeconómicas de la pandemia de la COVID-19. Ahora hay más personas que nunca antes habían necesitado asistencia humanitaria, y la tendencia no muestra signos de revertirse. Se estima que 168 millones de personas necesitan asistencia humanitaria en 2020; una situación que empeoró considerablemente por la pandemia de la COVID-19.

Además, algunos de los 272 millones de migrantes y desplazados en todo el mundo han visto agravadas sus vulnerabilidades por la pandemia ante la falta de un seguro médico adecuado, ingresos insuficientes y estigmatización debido a la percepción de que los

LOS REFUGIADOS Y LOS SOLICITANTES DE ASILO A MENUDO QUEDAN EXCLUIDOS DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE PROTECCIÓN SOCIAL, LO QUE DIFICULTA SU CAPACIDAD PARA SATISFACER LAS NECESIDADES BÁSICAS Y LOGRAR LA AUTOSUFICIENCIA.

ANTES DE LA PANDEMIA, CASI 2 MIL MILLONES DE PERSONAS EXPERIMENTABAN NIVELES MODERADOS Y AGUDOS DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN TODO EL MUNDO.



migrantes son portadores del virus. Antes de la pandemia, casi 2 mil millones de personas experimentaban niveles moderados y agudos de inseguridad alimentaria en todo el mundo.

Las poblaciones que padecen inseguridad alimentaria y desnutrición son motivo de gran preocupación, ya que la COVID-19 amenaza con llevar a 130 millones de personas más a una situación de hambre severa, duplicando el total a más de 250 millones en 2020.

El acceso físico y económico confiable a alimentos nutritivos es fundamental para todos para vivir vidas plenas y saludables. La seguridad alimentaria y el apoyo nutricional son requisitos previos comprobados para la adherencia sostenida y la eficacia del tratamiento para las personas que viven con el VIH y la tuberculosis, así como para reducir los riesgos de los impactos adversos de la COVID-19.

Las personas que viven con discapacidades se encuentran entre las 12 poblaciones incluidas en el programa conjunto, como aquellas que pudieran quedar atrás en la respuesta al VIH.

La brecha laboral entre personas con discapacidad y personas sin discapacidad es del 24 %, con mujeres con una discapacidad que tienen menos probabilidades de ser empleadas que los hombres.

Los datos de África subsahariana sugieren un aumento del riesgo de infección por VIH de 1,48 veces en hombres y 2,21 veces en mujeres con discapacidad, en comparación con personas sin discapacidad.

El Índice de Desarrollo Humano mundial, que puede medirse como una combinación de la educación, la salud y los niveles de vida del mundo, podría disminuir este año, por primera vez, desde que se introdujo el concepto en 1990. Para amortiguar el declive del desarrollo humano para los alcances, poblaciones vulnerables y marginadas, los gobiernos deben abordar las barreras críticas a los programas de protección social y salud.

Estigma y discriminación, leyes y prácticas punitivas, falta de infraestructura y medicamentos y otros productos de salud, la ausencia de la información, la educación, el transporte y las instalaciones de vivienda adaptadas al contexto, así como la imposibilidad de costear los servicios públicos y sociales básicos, plantean barreras recurrentes, superpuestas y, a menudo, arraigadas. En cuanto a aprovechamiento de los sistemas de protección social para la COVID-19 y VIH, se han avanzado medidas de protección social en respuesta a la pandemia COVID-19 en todo el mundo.

195 PAÍSES Y TERRITORIOS HAN INTRODUCIDO Y/O ADAPTADO UNA VARIEDAD DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOCIAL, QUE REPRESENTAN US\$ 541,7 MIL MILLONES, O EL 0,6% DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO MUNDIAL

A JUNIO DE 2020 SE HAN REGISTRADO 1000 MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOCIAL NUEVAS Y AJUSTADAS EN TODO EL MUNDO.



Hasta la fecha, 195 países y territorios han introducido y/o adaptado una variedad de medidas de protección social, que representan US\$ 541,7 mil millones, o el 0,6% del producto interno bruto mundial (aproximadamente, US\$ 85 billones).

A junio de 2020 se han registrado 1000 medidas de protección social nuevas y ajustadas en todo el mundo. En línea con las metas de la vía rápida 90-90-90, acordaron los gobiernos, mediante la adopción de la Declaración Política de las Naciones Unidas de 2016 sobre la erradicación del SIDA, garantizar que, al menos, el 75% de las personas que viven con el VIH y que están en riesgo de contraerlo o están afectadas por él, se beneficien con una protección social sensible al VIH.

Brindar servicios y asistencia social en respuesta a la COVID-19 que cubran adecuadamente las necesidades y vulnerabilidades únicas de las personas que viven con el VIH previene su exclusión y, lo que es más importante, la realización de todo su potencial. Esto significa no vivir solo a corto plazo sino ser capaces de planificar e imaginar una vida libre de estigmas y miedos.

La protección social apoya la prevención, las pruebas, el tratamiento del VIH y la adherencia a la terapia antirretroviral de por vida, contribuyendo a atender la amplia gama de determinantes socioeconómicos de la salud pública.

Al satisfacer las necesidades básicas de las personas, como la alimentación, y apoyar el acceso a servicios esenciales, como la salud y la educación, la protección social contribuye a la realización progresiva de los derechos humanos y a la reducción de las amplias desigualdades económicas, sociales y de género.

Las intervenciones de asistencia social ayudan a prevenir enfermedades al incentivar la demanda y oferta efectivas de servicios de salud y educación. Además, las intervenciones de asistencia social apoyan la prevención o minimización de estrategias negativas de gestión de riesgos sociales, como la venta de activos, y sacar a los niños de la escuela para ayudar a complementar las pérdidas de ingresos.

En el contexto de la pandemia de la COVID-19, los gobiernos deben mejorar la cobertura, la adecuación y la integralidad de la protección social para todas las personas y, al mismo tiempo, garantizar que la respuesta de protección social sea sensible a las necesidades de las personas que viven con el VIH, están en riesgo de contraerlo o están afectadas por él, incluidas las poblaciones clave y otros grupos vulnerables.

LA PROTECCIÓN SOCIAL APOYA LA PREVENCIÓN, LAS PRUEBAS, EL TRATAMIENTO DEL VIH Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE POR VIDA

LA PROTECCIÓN SOCIAL APOYA LA PREVENCIÓN, LAS PRUEBAS, EL TRATAMIENTO DEL VIH Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE POR VIDA



Se ha utilizado con éxito una amplia gama de programas de asistencia social, seguridad social y mercado laboral activo para promover la contribución de la protección social a la respuesta al VIH.

También se necesita la participación de la comunidad y una inversión sustancial en el suministro y la prestación de servicios básicos y políticas sociales de calidad, para garantizar que la protección de la salud financiera pueda abordar de manera eficaz algunas de las barreras que atrapan a las personas en el círculo vicioso de pobreza, hambre, mala salud y exclusión.

Al ampliar los programas de protección social, los gobiernos deben eliminar de manera decisiva las barreras que enfrentan las poblaciones pobres y más vulnerables que limitan su capacidad para beneficiarse plenamente de la extensión de la protección y los servicios sociales y sanitarios básicos.

La reforma de las leyes punitivas y las políticas y prácticas discriminatorias contra las poblaciones clave, debe ir acompañada de la institucionalización de sistemas de protección social inclusivos para todos, de modo que los beneficios sean derechos legítimos y no donaciones aisladas, exclusivas y transitorias.

Los gobiernos deben garantizar la sostenibilidad de las empresas y los empleos estimulando la economía y el empleo mediante políticas fiscales activas y monetarias acomodaticias.

Medidas para aumentar la cobertura de los paquetes fiscales y simplificar los procedimientos para las personas de la economía informal, especialmente las mujeres, debe promoverse, incluso para quienes se dedican al cuidado no remunerado y trabajo doméstico.

Además, los gobiernos deben proteger a los trabajadores mediante el fortalecimiento de la salud y la seguridad en el trabajo y medidas de trabajo adaptadas, y apoyar a las empresas, los empleos y los ingresos mediante una protección social ampliada basándose en el diálogo social para generar confianza y definir soluciones conjuntas.

Los gobiernos deben apoyar los compromisos concretos y las garantías de que los tratamientos y pruebas de COVID-19, cuando estén disponibles, sean universalmente accesibles para todos, en consonancia con los esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud como en la meta 3.8 de los ODS, dando prioridad a los trabajadores de salud de primera línea, a las personas vulnerables y los países pobres con una alta carga de COVID-19 y con menor capacidad para salvar vidas.

**ONUSIDA TAMBIÉN
INSTA A LOS PAÍSES
A ANTEPONER
SIEMPRE LOS
DERECHOS
HUMANOS PARA
PONER FIN A
CUALQUIER
PANDEMIA .
«QUEREMOS,
JUNTOS, ACTUAR
PARA REFORMAR
NUESTROS
SISTEMAS, PARA
RECUPERARNOS
MEJOR Y PARA
LUCHAR POR
LOS DERECHOS
DE TODAS LAS
PERSONAS DEL
MUNDO».**



En ese sentido, ONUSIDA insta a los gobiernos a «Cumplir con su compromiso de desarrollar Sistemas de Protección Social para todos y asegurar una apropiación nacional, incluidos los pisos», «Ampliar y mejorar progresivamente la cobertura, la adecuación y la exhaustividad, mejorando, así, la capacidad de respuesta y la calidad de las intervenciones para abordar las necesidades y vulnerabilidades de las personas que viven con el VIH».

ONUSIDA también insta a los países a anteponer siempre los derechos humanos para poner fin a cualquier pandemia³. «Queremos, juntos, actuar para reformar nuestros sistemas, para recuperarnos mejor y para luchar por los derechos de todas las personas del mundo».

La crisis de la COVID-19 nos ha demostrado, una vez más, cómo, en situación de emergencia, los derechos humanos se vulneran demasiado rápido. Todas aquellas desigualdades que llevaban años ignoradas se han hecho más evidentes y se han exacerbado aún más durante la respuesta a la pandemia. Tal y como ya aprendimos con la respuesta al SIDA, hoy sabemos, mejor que nunca, que solo los países que respetan, protegen y hacen realidad los derechos humanos son capaces de progresar, plantar cara a una epidemia y construir sociedades mucho más justas.

Los trabajadores sexuales, los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero y los consumidores de drogas fueron, con mucha frecuencia, el blanco de las fuerzas de la ley durante los confinamientos. Se vieron expuestos a un alto grado de violencia, fueron relegados al olvido en el marco de la protección social y los mecanismos de apoyo financiero, y se les negó el acceso a los servicios sanitarios porque las organizaciones lideradas por la comunidad a menudo se consideraron no esenciales.

Al día de hoy aún hay 69 países que criminalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Otros 92 criminalizan la transmisión del VIH, su exposición y la no revelación del estado serológico. Por último, en 32 países las personas transgénero son víctimas de una enorme criminalización. Casi todos los países del mundo continúan criminalizando el consumo de drogas y todos los factores que rodean el trabajo sexual.

**AL DÍA DE HOY
AÚN HAY 69
PAÍSES QUE
CRIMINALIZAN
LAS RELACIONES
SEXUALES ENTRE
PERSONAS DEL
MISMO SEXO.
OTROS 92
CRIMINALIZAN LA
TRANSMISIÓN DEL
VIH**

**DEBEMOS
TRANSFORMAR
NUESTROS
SISTEMAS
JURÍDICOS
Y CAMBIAR
NUESTRAS LEYES.**

3 Mensaje para el Día de los Derechos Humanos, de Winnie Byanyima, directora ejecutiva de ONUSIDA. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/december/20201210_human-rights-day?utm_source=UNAIDS+Newsletter&utm_campaign=9ba8db00a5-20201211_resumen&utm_medium=email&utm_term=0_e7a6256e25-9ba8db00a5-112248169



Si hasta ahora no lo ha sido, en este momento debería ser evidente que no hablamos solo de un problema relacionado con el VIH, sino de una cuestión de igualdad y de uno de los principales derechos humanos.

El derecho penal es un instrumento fuerte y contundente. Por eso mismo ha de ser usado con gran cuidado y mesura. Cuando se emplea mal, daña en vez de ayudar y oprime en lugar de capacitar. Además, lejos de ser neutral, crea desigualdades y amplifica las ya existentes, lo que da lugar a una enorme discriminación. Debemos transformar nuestros sistemas jurídicos y cambiar nuestras leyes.

La ley debería estar a disposición de todos y proteger a todo el mundo. Es cierto que reformar las leyes nos llevará un tiempo. Pero no es excusa. Podemos empezar a actuar para imponer una moratoria sobre todos aquellos arrestos en los que las leyes penales y su cumplimiento vulneran y pasan por alto los derechos humanos internacionales; para ello, comprometámonos todos para poner fin a las desigualdades y las injusticias que alimentan el SIDA y todas las demás pandemias.

La comunidad y la respuesta al VIH tienen mucho que ofrecer a la preparación y la resiliencia a la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Contar con organizaciones dirigidas por la comunidad, como las redes de personas que viven con VIH, para que participen en las mesas de planificación y respuesta desde el principio, es fundamental para fomentar la confianza, asegurar un intercambio productivo de información y sentar las bases para la adopción de medidas conjuntas de solución de problemas.

Los gobiernos, las organizaciones y redes de la sociedad civil y las personas que viven con el VIH deberían adoptar las medidas clave para abordar las cuestiones que puedan surgir en la respuesta al VIH en medio del brote de COVID-19, a fin de garantizar que la respuesta a la COVID-19 se ajuste a los principios de los derechos humanos⁴. Es posible implementar una respuesta efectiva a la epidemia de la COVID-19, incluyendo restricciones a la circulación de las personas, y, al mismo tiempo, defender los derechos humanos.

La falta de confianza entre las comunidades afectadas y los expertos del gobierno o de la salud pública puede obstaculizar las respuestas eficaces a la epidemia. Como es bien sabido de la respuesta al VIH, una

**LOS GOBIERNOS
DEBEN RESPETAR
LOS DERECHOS
HUMANOS Y LA
DIGNIDAD DE
LAS PERSONAS
AFECTADAS POR LA
COVID-19.**

4 Grupo Regional de Patrocinadores del ONUSIDA para América Latina y el Caribe, 24 de marzo de 2020.
<https://www.paho.org/es/noticias/24-3-2020-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-vih-asuntos-acciones-clave>



forma de establecer la confianza y el compromiso es incluir a líderes comunitarios en la preparación, planificación y respuesta. Esto también significa darles un lugar en las mesas de gobierno y planificación de la respuesta a la COVID-19⁵.

La COVID-19 es una enfermedad grave y todas las personas que viven con el VIH deben tomar todas las medidas preventivas recomendadas para minimizar la exposición y prevenir venir la infección por el virus que causa la COVID-19. Los gobiernos deben respetar los derechos humanos y la dignidad de las personas afectadas por la COVID-19. La experiencia adquirida con la epidemia del VIH puede aplicarse a la lucha contra la COVID-19. Al igual que en la respuesta al SIDA, los gobiernos deben trabajar con las comunidades para encontrar soluciones locales. Las poblaciones clave no deben ser las más afectadas por el aumento del estigma y la discriminación como resultado de la pandemia de la COVID-19.

Sabemos que la COVID-19 es una enfermedad grave que afectará muy pronto a los países con mayor carga de VIH. Todo el mundo, incluyendo a las personas que viven con el VIH, deberían tomar las precauciones recomendadas para reducir la exposición a la COVID-19.

Aprenderemos más de manera activa sobre cómo el VIH y la COVID-19 están afectando a las personas que viven con el VIH, a partir de las respuestas de los países y las comunidades a ambas epidemias. Mientras no se disponga de más información, las personas que viven con el VIH, sobre todo quienes se encuentren en un estado avanzado de la enfermedad o que aún no la tengan muy controlada, deberán ser cautas y prestar atención a las medidas de prevención y las recomendaciones, en muchos países, debido a la debilidad de los sistemas de atención en salud, los asentamientos informales, el hacinamiento en las ciudades y el transporte público y la falta de agua potable y saneamiento, los enfoques actuales de autoprotección, distanciamiento social y contención pueden no ser viables.

5 <https://www.paho.org/es/noticias/24-3-2020-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-vih-asuntos-acciones-clave>





II./EFECTOS DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 SOBRE LAS PERSONAS CON VIH

La COVID-19 es una enfermedad grave y todas las personas que viven con el VIH deben tomar todas las medidas preventivas recomendadas para minimizar la exposición y prevenir la infección por el virus que causa la COVID-19. Al igual que en la población general, las personas mayores que viven con el VIH o las personas que viven con el VIH con problemas cardíacos o pulmonares pueden tener un mayor riesgo de infectarse con el virus y sufrir síntomas más graves. A pesar de la ampliación del tratamiento del VIH en los últimos años, 15 millones de personas que viven con el VIH no tienen acceso a la terapia antirretroviral, lo que puede comprometer su sistema inmunológico.

Mientras no se disponga de más información, las personas que viven con el VIH, sobre todo quienes se encuentren en un estado avanzado de la enfermedad o aún no la tengan muy controlada, deberán ser cautas y prestar atención a las medidas de prevención y a las recomendaciones. Es igualmente fundamental que la gente que vive con el VIH cuente con una reposición multimensual de sus medicamentos para el VIH.

ONUSIDA recomienda que los servicios de VIH deben seguir estando disponibles para las personas que viven con el VIH o que corren el riesgo de contraerlo. Esto incluye garantizar la disponibilidad de preservativos, terapia de sustitución de opiáceos, agujas y jeringas estériles, reducción de daños, profilaxis previa a la exposición y pruebas de VIH. Para evitar que las personas se queden sin medicamentos y reducir la necesidad de acceder al sistema de salud, los países deberían pasar a la plena aplicación de la dispensación multimensual de tres meses o más de tratamiento contra el VIH.

ONUSIDA también recomienda que debe haber acceso a los servicios de atención ante la COVID-19 para las personas vulnerables, incluido un enfoque específico para llegar a los más marginados, y la eliminación de las barreras financieras, como las tasas de usuario.

La tendencia negativa sobre la situación generada por la pandemia de la COVID-19, nos hace pensar que se incrementará la pobreza emergente en las personas viviendo con el VIH y SIDA y sus familias, que las pondrá en un escenario de múltiples vulnerabilidades dependiendo de sus estatus socioeconómico y cultural, mujeres con hijos menores, mujeres gestantes, indígenas, nativos de la Amazonía, así como por el nivel de exclusión que las afecta por ser población de mujeres transgénero, LGTBI, migrantes o refugiados, trabajadores informales, trabajadores del sexo o personas privadas de la libertad.



Las causas que originan estas múltiples vulnerabilidades temporales o permanentes se describen como:

1. **La falta de empleo** decente y digno por la informalidad en el Perú del 73% antes de la declaración de emergencia sanitaria nacional por la COVID-19.

2. **El desempleo** preexistente y los despidos arbitrarios durante la pandemia de la COVID-19 por empleadores públicos o privados que conocen o no el estatus positivo al VIH del trabajador.

3. **La falta de dinero** en la economía del paciente con VIH para comprar alimentos, medicinas y atender a los niños durante el aislamiento social obligatorio, la inmovilización social obligatoria y las medidas de distanciamiento social.

4. **La ausencia del reconocimiento de la condición de «vulnerabilidad social»** de todas las personas que viven con VIH en los padrones nominales SISFHO del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, que les impide acceder a los bonos de subsidio económico, alimentación complementaria o entrega de alimentos por parte de las municipalidades distritales y provinciales del país.

5. **Violación progresiva de las medidas de aislamiento social obligatorio** del Gobierno y el Ministerio de Salud, por la búsqueda de medios de vida (alimentos, agua, medicamentos), que incluyen el trabajo sexual de alto riesgo (mujeres transgénero, bisexuales varones y gays), episodios de violencia social, disturbios, arrebatos, robo o asalto y establecimientos de comida o centros comerciales, que ocasionan intervenciones y detenciones por parte de la policía municipal (serenazgo), policía nacional y el personal del ejército contra población en estado de hambre permanente, incluidas las personas afectadas por el VIH/SIDA y las personas viviendo con el VIH y SIDA.



6. Incremento de problemas de salud asociados a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales, la limitación de acceso a sistemas de salud para que todas las personas que viven con el VIH se dirijan a sus proveedores de atención a la salud para asegurarse de que disponen de reservas adecuadas de medicamentos esenciales.

7. Incremento de nuevas infecciones por VIH, infecciones de transmisión sexual y embarazos, esta tendencia negativa está relacionada con los efectos psicológicos a consecuencia de la COVID-19 y por el aislamiento social obligatorio, que provocan estrés, ansiedad, depresión, percepción de hambre e incertidumbre frente al empleo, tendrán un impacto individual en las personas que viven con VIH y SIDA ocasionando abandonos progresivos a los tratamientos antirretrovirales (TARGA), aun cuando tengan acceso a los fármacos. Este efecto está vinculado a la falta de seguridad en alimentos, la falta de la atención médica periódica para VIH que incluye la consejería de pares, el suministro de condones y los exámenes clínicos para ITS, la ausencia de servicios de contención emocional y apoyo psicosocial entre pares durante las medidas de prevención y control de la COVID-19 que incrementan actitudes negativas que afectan el autocuidado y la adherencia a tratamientos.

En este escenario, el estudio busca que aprendamos más de manera activa sobre cómo el VIH y la COVID-19 están afectando a las personas que viven con el VIH a partir de las respuestas de los entrevistados y las comunidades a ambas epidemias.

En esta misma lógica de respuesta a la crisis generada por la pandemia de la COVID-19, la Oficina de ONUSIDA para América Latina y el Caribe realizó, en abril de 2020, la II Encuesta sobre las necesidades de las personas que viven con VIH en América Latina y el Caribe en el contexto del coronavirus (COVID-19) con enfoque de derechos humanos.

Lo anterior, debido a que, frente al impacto de la pandemia de la COVID-19, a ONUSIDA le preocupa la situación de las personas que viven con VIH (PVVIH). La encuesta buscó identificar las necesidades de las personas relacionadas con información, acceso a tratamiento, asistencia médica u otros servicios.

ONUSIDA está comprometida en brindar más información y apoyar en esta situación a las comunidades que viven con y se ven afectadas por el VIH. La encuesta se aplicó a personas que vive con el VIH y están siendo atendidas por los servicios de salud de los países de América Latina y el Caribe. La Información está basada en 2300 encuestas públicas, digitales y completas vía formularios Google, con respuesta de 28 países. Criterios de inclusión: Vivir con VIH.



II ENCUESTA SOBRE EL IMPACTO DE COVID-19 ENTRE PVIH ANÁLISIS DE RESULTADOS REGIONALES Junio 2020



PROTECCIÓN FRENTE A LA COVID-19

- ▶ El 31% de las personas manifiestan no haber recibido información sobre la prevención de la transmisión de la COVID-19.
- ▶ Más de la mitad (56%) no cuentan con suficientes elementos de protección personal.
- ▶ Solo el 22% de las personas perciben el uso de la mascarilla como medida de prevención

HALLAZGOS

- El **31%** de las personas manifiestan **no haber recibido información sobre la prevención de la transmisión de la COVID-19.**



- Más de la mitad (**56%**) no cuentan con suficientes elementos de protección personal.

- Solo el **22%** de las personas percibe el uso de la mascarilla como medida de prevención.



RECOMENDACIONES CLAVE

- ONUSIDA alienta a las personas a seguir las medidas de protección básicas contra el nuevo coronavirus, que puede encontrar aquí:

<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

- ONUSIDA Latina, pone a disposición los recursos comunicacionales (infografías y fichas informativas) desarrolladas para tal fin. Estos pueden encontrarse en el sitio web:

<http://onusidalac.org/1/index.php/internas/item/2555>



TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS

- ▶ La oferta de servicios adaptados a la pandemia de la COVID-19 NO se ve reflejada en muchas opciones para las personas viviendo con VIH.
- ▶ 5 de cada 10 personas han presentado dificultades para obtener su tratamiento.
- ▶ Solo 3 de cada 10 encuestados tiene tratamiento ARV para más de dos meses y casi la mitad (49%) solo tiene para un mes. Preocupa que 2 de cada 10 NO tenía para terminar el mes.

HALLAZGOS

La oferta de servicios adaptados a la pandemia de la COVID-19 NO se ve reflejada en muchas opciones para las personas viviendo con VIH.



5 de cada 10 personas han presentado dificultades para obtener su tratamiento.



Solo **3 de cada 10** encuestados tiene tratamiento ARV para más de 2 meses y **casi la mitad (49%)** solo tiene para un mes. Preocupa que **2 de cada 10** NO tenía para terminar el mes.

RECOMENDACIONES CLAVE

- ONUSIDA hace un llamado a los países, ministerios de salud y programas nacionales de sida, para que adopten la provisión de 3 a 6 meses de tratamiento antirretroviral, para personas que viven con VIH y que se encuentran en supresión viral, según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud.
- ONUSIDA alienta a los países a ofrecer la promoción de la autoprueba de detección del VIH, puede encontrar más información sobre el tema aquí:
<https://www.who.int/hiv/topics/self-testing/en/>
- También se hace un llamado para asegurar la continuidad de la provisión de profilaxis pre-exposición al VIH (PrEP) en las poblaciones clave, idealmente por un suministro mínimo de 3 meses.



SERVICIOS DE SALUD INCLUYENDO SALUD MENTAL

- ▶ Casi 7 de cada 10 personas manifiestan que para NO interrumpir su tratamiento ARV necesitan contar con una forma segura y confidencial de obtener los mismos.
- ▶ Menos de 2 de cada 10 personas (17%) cuenta con la entrega de ARV hasta su domicilio.
- ▶ Solo a 3 de cada 10 personas se les ofreció la opción de telemedicina.
- ▶ 4 de cada 10 (43%) personas manifiestan requerir apoyo psicológico para abordar la ansiedad generada por la COVID-19.



HALLAZGOS



• **Casi 7 de cada 10** personas manifiestan que para NO interrumpir su tratamiento ARV necesitan contar con una forma segura y confidencial de obtener los mismos.



• **Solo a 3 de cada 10** personas se les ofreció la opción de telemedicina.

• **Menos de 2 de cada 10** personas (**17%**), cuenta con la entrega de ARV hasta su domicilio.



• **4 de cada 10 (43%)** personas, manifiestan requerir apoyo psicológico para abordar la ansiedad generada por la COVID-19.

RECOMENDACIONES CLAVE

- ONUSIDA llama a garantizar el acceso a la atención integral de las PVVIH, incluso si están aislados o en cuarentena, por ejemplo, a través de opciones de telemedicina, sitios web, chats de teléfono y mensajes MSM.
- Utilizar modalidades de dispensación de ARV no basadas en instalaciones sanitarias, por ejemplo, entrega a domicilio.
- Se recomienda a los programas nacionales de sida y a los servicios de atención a la salud, que estén en posibilidades de hacerlo ofertar atención a la salud mental para las PVVIH.



ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

- ▶ Más de la mitad (56%) de las personas manifestaron que podrían sufrir violencia física, psicológica o verbal debido a vivir con el VIH en medio de la pandemia de la COVID-19.
- ▶ 3 de cada 10 personas se han abstenido de usar servicios en medio de la pandemia de la COVID-19 por temor a ser discriminados.
- ▶ 40% de las personas no saben adónde acudir o llamar en caso de sufrir algún tipo de violencia o discriminación por vivir con VIH.

HALLAZGOS

• **Más de la mitad (56%)** de las personas manifestaron que podrían sufrir violencia física, psicológica o verbal debido a vivir con el VIH en medio de la pandemia de la COVID-19.



• **3 de cada 10 personas** se han abstenido de usar servicios en medio de la pandemia del COVID-19 por temor a ser discriminados.



• **40%** de las personas no saben adónde acudir o llamar en caso de sufrir algún tipo de violencia o discriminación por vivir con VIH.

RECOMENDACIONES CLAVE

Es posible implementar una respuesta eficaz a la pandemia de COVID-19, al tiempo que se defienden los derechos humanos.

- ONUSIDA hace un llamado, para garantizar que la emergencia de salud pública actual no agrave los prejuicios y desigualdades, ni incremente la violencia y la discriminación contra las personas LGBT+ y las poblaciones clave.
- Es imperativo sostener y garantizar la continuidad de la labor de las organizaciones de la sociedad civil y los defensores y defensoras de los derechos humanos.
- Las restricciones para limitar los movimientos o para el aislamiento deben ser de duración limitada y basarse en evidencia científica. No deben aplicarse de manera arbitraria o discriminatoria.



PROTECCIÓN SOCIAL

- ▶ Algunas personas enfatizaron que la pérdida de empleo o la falta de ingresos era una de sus principales preocupaciones.
- ▶ 4 de cada 10 personas manifestaron que tenían que salir de sus casas para obtener ingresos para vivir, a pesar de estar en cuarentena.
- ▶ 4 de cada 10 personas requieren apoyo nutricional y/o ayudas o transferencias en efectivo.

HALLAZGOS

- Algunas personas enfatizaron que **la pérdida de empleo o la falta de ingresos** era una de sus principales preocupaciones.



- **4 de cada 10** personas manifestaron que tenían que salir de sus casas para obtener ingresos para vivir, a pesar de estar en cuarentena.



- **4 de cada 10 personas requieren apoyo nutricional y/o ayudas o transferencias en efectivo.**

RECOMENDACIONES CLAVE

- ONUSIDA recomienda asegurar la provisión de alimentos y otros servicios de protección social, incluyendo refugios temporales para poblaciones clave, personas que viven con VIH y personas en mayor vulnerabilidad.
- Explorar las oportunidades para proporcionar transferencias de efectivo a las PVVIH que han perdido su empleo o están en condiciones vulnerables; especialmente entre las poblaciones clave.
- Asegurar la provisión de servicios y apoyo para la población más afectada por la violencia, especialmente entre las mujeres, mujeres transgénero, niñas y población migrante.

ONUSIDA recomienda asegurar la provisión de alimentos y otros servicios de protección social, incluyendo refugios temporales para poblaciones clave, personas que viven con VIH y personas en situación de vulnerabilidad. Explorar las oportunidades para proporcionar transferencias de efectivo a las PVVIH que han perdido su empleo o están en condiciones vulnerables, especialmente entre las poblaciones clave.

Asegurar la provisión de servicios y apoyo para la población más afectada por la violencia, especialmente entre las mujeres, mujeres transgénero, niñas y población migrante.

Los resultados del estudio se compartirán e imitarán las lecciones aprendidas con relación a la puesta en marcha de innovaciones y a la adaptación del sistema de protección social sensibles al VIH/SIDA, con el fin de minimizar el impacto sobre las personas que viven con el VIH peruanos y migrantes venezolanos.

SELLADO DE PASAPORTE





III./OBJETIVO DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene por objetivo realizar un diagnóstico sobre la vulnerabilidad y la situación de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) que vive con el VIH/SIDA, en el marco de la pandemia de la COVID-19, en cuatro distritos de Lima Metropolitana y un distrito del Callao.

IV./POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo del presente estudio son peruanos y venezolanos (migrante-refugiado) con diagnóstico positivo de VIH+, mayor de edad (18 años a más), que reciben atención por parte de organizaciones de la sociedad civil y residen en los distritos de:

1. Ventanilla, en el Callao
2. San Juan de Lurigancho, en Lima Metropolitana
3. Comas, en Lima Metropolitana
4. Villa El Salvador, en Lima Metropolitana
5. San Martín de Porres, en Lima Metropolitana



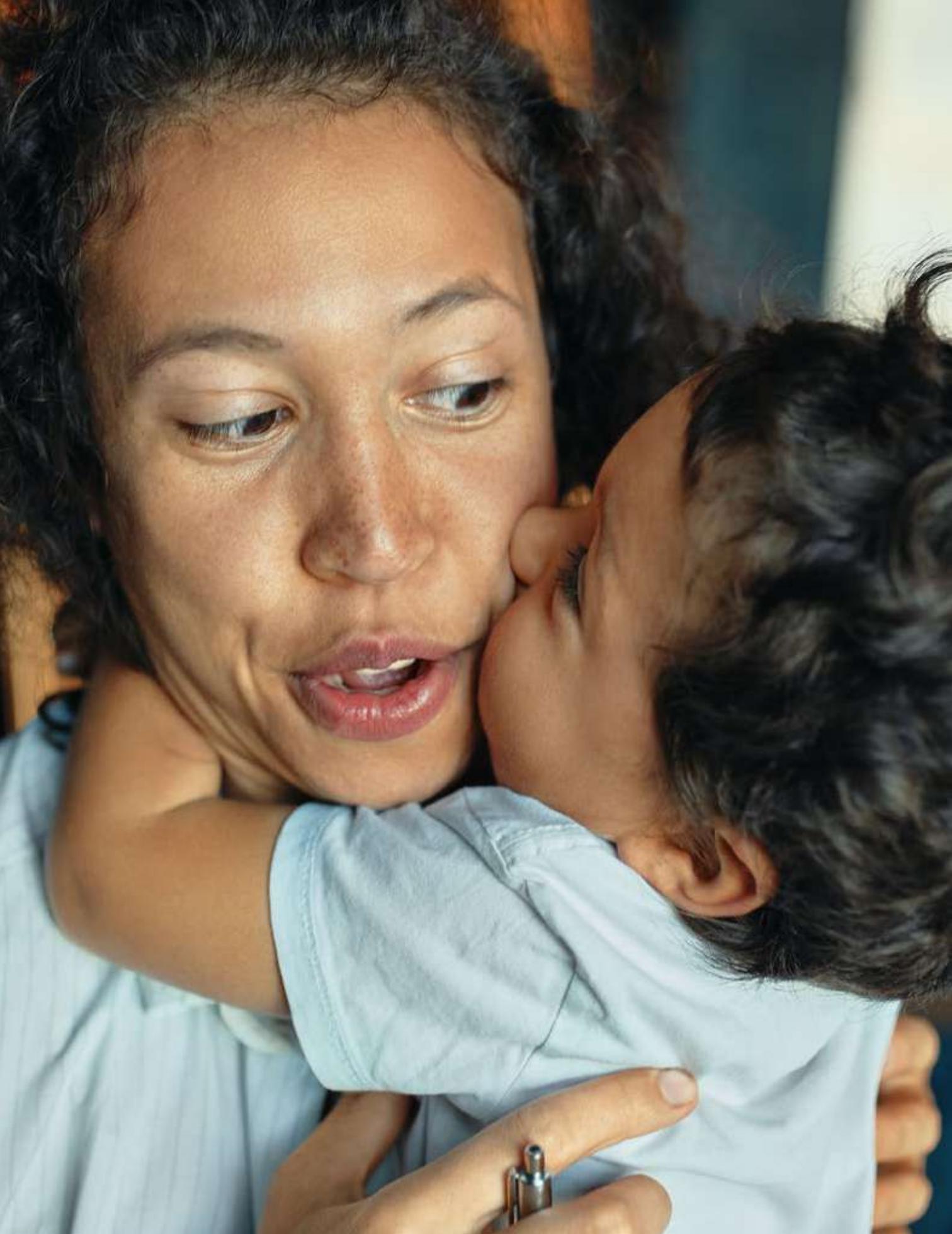
V./JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es una iniciativa comunitaria que busca evidencias en los niveles de vulnerabilidad social a la que se enfrentan las personas que viven con el VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos; esto, por la evidencia levantada en otras encuestas de igual valor social desarrolladas por la comunidad y las poblaciones clave a nivel de la región, como ONUSIDA LAC.

Este estudio debe llegar a representar un instrumento poderoso para la abogacía y la incidencia política con los tomadores de decisiones a nivel de los gobiernos subnacionales «Municipalidades» para fortalecer las intervenciones del Gobierno dirigidas a brindar protección social a poblaciones vulnerables en el contexto de la COVID-19.

La migración venezolana y las evidencias del VIH en esta población, hacen urgente una respuesta humanitaria de mayor alcance que permita la vida digna de quienes enfrentan brechas económicas de acceso a la salud, incrementadas por la falta de trabajo, el subempleo y el desempleo.

El enfoque de derechos y el derecho a la participación de las personas afectadas es una necesidad; durante el proceso del estudio, la participación de las personas que viven con el VIH/SIDA fue fundamental para la culminación de dicho estudio.





VI./ASPECTOS GENERALES DEL ESTUDIO

A. TAMAÑO Y DISEÑO MUESTRAL

La presente investigación empleará un estudio no probabilístico por cuotas con la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) que vive con el VIH/SIDA, que reciben atención por parte de organizaciones de la sociedad civil y que residen en los distritos de:

1. Ventanilla, en el Callao
2. San Juan de Lurigancho, en Lima Metropolitana
3. Comas, en Lima Metropolitana
4. Villa El Salvador, en Lima Metropolitana
5. San Martín de Porres, en Lima Metropolitana

B. MÉTODO DE SELECCIÓN

Se ha estimado una muestra proporcional por conveniencia de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) con VIH/SIDA, que reciben atención por parte de organizaciones de la sociedad civil, dividiendo a la población en estratos que comparten una misma característica, para el caso específico, la edad y que residen en los distritos de:

1. Ventanilla, en el Callao
2. San Juan de Lurigancho, en Lima Metropolitana
3. Comas, en Lima Metropolitana
4. Villa El Salvador, en Lima Metropolitana
5. San Martín de Porres, en Lima Metropolitana



Etapa 01:

Segmentación de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) que vive con el VIH/SIDA por rangos de edad, que reciben atención por parte de organizaciones de la sociedad civil y que residen en los distritos de:

- ▶ Ventanilla, en el Callao
- ▶ San Juan de Lurigancho, en Lima Metropolitana
- ▶ Comas, en Lima Metropolitana
- ▶ Villa El Salvador, en Lima Metropolitana
- ▶ San Martín de Porres, en Lima Metropolitana

Etapa 02:

Establecimiento del tamaño de las cuotas de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) que vive con el VIH/SIDA, que reciben atención por parte de organizaciones de la sociedad civil, de manera proporcional a la cantidad segmentada y que residen en los distritos de:

- ▶ Ventanilla, en el Callao
- ▶ San Juan de Lurigancho, en Lima Metropolitana
- ▶ Comas, en Lima Metropolitana
- ▶ Villa El Salvador, en Lima Metropolitana
- ▶ San Martín de Porres, en Lima Metropolitana

Etapa 03:

Selección de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) con VIH/SIDA, que reciben atención por parte de organizaciones de la sociedad civil, de forma no aleatoria para el objetivo establecido, y que residen en los distritos de:

- ▶ Ventanilla, en el Callao
- ▶ San Juan de Lurigancho, en Lima Metropolitana
- ▶ Comas, en Lima Metropolitana
- ▶ Villa El Salvador, en Lima Metropolitana
- ▶ San Martín de Porres, en Lima Metropolitana



CUADRO 1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN PARA EL MARCO MUESTRAL

| POBLACIÓN PERUANA Y VENEZOLANA (MIGRANTE-REFUGIADA) CON VIH/SIDA QUE RECIBEN ATENCIÓN POR PARTE DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y RESIDEN EN CINCO DISTRITOS DE LIMA Y CALLAO | | | | |
|--|---------------------------|------------------------------|-----------------|--------------|
| DISTRITO | POBLACIÓN CON VIH PERUANA | POBLACIÓN CON VIH VENEZOLANA | POBLACIÓN TOTAL | PORCENTAJE % |
| 1. Ventanilla | 165 | 25 | 190 | 23 % |
| 2. San Juan de Lurigancho | 114 | 93 | 207 | 25 % |
| 3. Comas | 121 | 25 | 146 | 18 % |
| 4. Villa El Salvador | 57 | 32 | 89 | 11 % |
| 5. San Martín de Porres | 53 | 141 | 194 | 23 % |
| TOTAL | | | 826 | 100 % |

CUADRO 2 MUESTRA POR CUOTAS DE LA POBLACIÓN

| MUESTRA DE LA POBLACIÓN PERUANA Y VENEZOLANA (MIGRANTE-REFUGIADA) CON VIH/SIDA QUE RECIBEN ATENCIÓN POR PARTE DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y RESIDEN EN CINCO DISTRITOS DE LIMA Y CALLAO, POR ESTRATOS | |
|--|---------|
| CANTIDAD | MUESTRA |
| 248 | 74 |
| 548 | 166 |
| 30 | 8 |
| 826 | 248 |

C. RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se recolectó aplicando una **encuesta multivariable** (cuestionario de encuesta en la plataforma KOBO), la cual fue elaborada por el equipo técnico de Acción contra el Hambre, la organización CCEFIRO y validada con un grupo de personas viviendo con el VIH/SIDA que respondieron las preguntas y emitieron su opinión para mejorar la presentación y uso del lenguaje adaptado al perfil de la muestra; se enviaron oficios a los representantes de organizaciones de la sociedad civil invitadas a participar en el estudio en calidad de promotores o voluntarios que informen a las personas que reúnan los criterios de inclusión determinados para la muestra en los distritos seleccionados.



Las organizaciones invitadas fueron:

- ▶ ONG Impulsando América – Sra. Carmen Gastelu
- ▶ ONG Illari Amanecer – Sr. César Gálvez
- ▶ ONG SJS Encuentros – Sr. César Ruiz
- ▶ OATS Renacer con la Salud – Sra. Elsa Julca Pio
- ▶ OBC Movimiento de Mujeres Positivas Callao – Sra. Elvira Cabañin
- ▶ ACNUR – Sr. Federico Luis Agustí
- ▶ ONG IMPACVIH – Sr. Fernando Chujutalli
- ▶ OBC Jóvenes Cambiando Vihdas – Sra. Jenny Vásquez
- ▶ OIM – Sr. Jorge Baca
- ▶ AHF Fundación AIDS HealthCare – Dr. José Luis Sebastián
- ▶ Consejero y Educador de Pares PVVIH - Sr. Juan Galarza
- ▶ CARE Perú – Sra. Lucy Harman
- ▶ Colectivo de Migrantes con VIH – Sra. María del Carmen Ruiz
- ▶ ONG Unión Venezolana en Perú – Sr. Óscar Pérez
- ▶ Consejero y Educador de Pares PVVIH - Sr. Ricardo Mendoza
- ▶ Comunidad de Mujeres Positivas LimaEste Huarochirí – Sra. Roxana Bretoneche
- ▶ Asociación Amigas por Siempre – Sra. Takaky Robles

Para la implementación de la encuesta se identificaron y seleccionaron voluntarios, principalmente de la comunidad de personas que viven con el VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos, quienes ejercen influencia entre pares para salvaguardar los principios de confidencialidad, voluntariedad y anonimato presentes en el estudio y respetando los alcances de la Ley 26626 y 28243 sobre el derecho a la confidencialidad de la información sobre el estatus positivo al VIH de las personas que viven con el VIH; participaron, también, familiares de personas que viven con el VIH por el nivel de afectación y empatía hacia los encuestados, promoviendo la participación libre y voluntaria.

Mediante las llamadas telefónicas permanentes se invitó a responder la encuesta, con la ayuda de las organizaciones sociales y CCEFIRO. Una vez generada la comunicación se asignaron coordinadores para cada distrito, quienes elaboraron reportes sobre el avance de la meta esperada, orientando permanentemente a las y los voluntarios para que, a su vez, brindaran orientación a los encuestados en el llenado de la encuesta, así como servirles de guía ante



cualquier duda que presentara el encuestado. La aplicación de las encuestas se realizó entre el 23 y 30 de noviembre de 2020.

D. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo en torno al género, sexo, rango de edad y nacionalidad de la población estudiada. Se empleó el software PowerBI para realizar el modelado de datos y generación de gráficos.

Dado el tipo de investigación, el análisis consistió en describir el estado de las variables de estudio y comparar la situación de diversos grupos que conforman la población estudiada.

En el caso de las preguntas por categoría de selección única y múltiple, se compararon los porcentajes que cada categoría representa dentro de la población.

La información proveniente de preguntas cuantitativas, tales como montos, tiempos y otras, se compararon a través de sus promedios. Finalmente, las preguntas abiertas brindaron información relevante para aclarar lo encontrado en otro tipo de preguntas.

E. CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES CLAVES

El proceso de construcción de variables se estableció bajo cuatro dimensiones base, en aras del logro del objetivo de la investigación. A partir de ello se construyeron las 16 variables de estudio:

Dimensión I: Caracterización general y socioeconómica

Esta dimensión está compuesta por seis variables, las cuales nos permiten analizar los datos generales del entrevistado, su composición familiar, el estado de la vivienda, los aspectos educativos, los ingresos económicos y la seguridad alimentaria, pudiéndose realizar una caracterización básica sobre el perfil de la población objetivo (encuestados):

1. **Variable 1:** Datos de la persona
2. **Variable 2:** Composición familiar y roles
3. **Variable 3:** Vivienda
4. **Variable 4:** Educación
5. **Variable 5:** Ingresos económicos
6. **Variable 6:** Seguridad alimentaria



Dimensión II: Acceso universal a la salud para VIH (estrategia global ONUSIDA⁶)

Esta dimensión está compuesta por tres variables, las cuales nos permiten analizar el acceso a programas sociales, bienes y servicios recibidos de los entrevistados, pudiéndose realizar un diagnóstico sobre el acceso y atención a los servicios de salud de personas con VIH.

1. **Variable 1:** Acceso a servicios de salud
2. **Variable 2:** Servicios de salud recibidos
3. **Variable 3:** Programas de protección social

Dimensión III: Derechos humanos, estigma y discriminación asociados al VIH/Sida⁷

Esta dimensión está compuesta por cuatro variables, las cuales nos permiten analizar el reconocimiento y participación en el proceso de promoción y protección de los derechos a la salud, el empleo digno y decente y los aspectos generados por la violencia por género u orientación sexual durante el contexto COVID-19.

1. **Variable 1:** Promoción y protección de los derechos en salud
2. **Variable 2:** Empleo digno y decente durante la pandemia de la COVID-19⁸
3. **Variable 3:** Respuesta comunitaria frente al VIH y a la COVID-19
4. **Variable 4:** Violencia por género u orientación sexual

Dimensión IV: Vulnerabilidad en contexto COVID⁹

Esta dimensión está compuesta por tres variables, las cuales nos permiten analizar los posibles riesgos expuestos, la capacidad de enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente en contexto COVID-19, por parte de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) con VIH.

1. **Variable 1:** Exposición a riesgos
2. **Variable 2:** Incapacidad para enfrentarlo
3. **Variable 3:** Inhabilidad para adaptarse activamente

6 G https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf

7 <https://www.covid19vih.org/post/onusida-pide-a-los-gobiernos-que-fortalezcan-las-respuestas-de-proteccion-social-sensibles-al-vih>

8 https://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/previous-sessions/99thSession/texts/WCMS_142615/lang-es/index.htm

9 Desde una perspectiva general, el término «vulnerabilidad» se identifica con fragilidad y/o escasa capacidad de defensa ante riesgos inminentes. Así, se puede decir que una persona «está muy vulnerable» o que ante una situación complicada e inesperada alguien con reducida capacidad de respuesta «es vulnerable». De esta manera, la vulnerabilidad está relacionada con la capacidad que una persona, grupo o comunidad tenga para advertir, resistir y recuperarse de un riesgo próximo. (Diego Sánchez, D., & Egea, C. 2011)



F. ESTRUCTURA DE LA ENCUESTA

El instrumento de recolección consta de 110 preguntas base relacionadas con cada dimensión de la variable de estudio; algunas de estas preguntas dan lugar a otras que tienen por objetivo obtener más detalles con relación a las respuestas dadas. Con ello en cuenta, las preguntas totales suman 204 y se encuentran distribuidas de acuerdo a la estructura mostrada en el siguiente cuadro.

| BLOQUES | | N.º DE PREGUNTAS BASE | N.º DE PREGUNTAS TOTALES |
|--|--|-----------------------|--------------------------|
| De consentimiento | | 2 | 2 |
| Información básica | | 16 | 16 |
| Composición familiar | | 19 | 25 |
| Vivienda | | 7 | 7 |
| Educación | | 6 | 6 |
| Ingresos económicos | | 6 | 8 |
| Seguridad alimentaria | | 5 | 5 |
| Acceso a servicios | | 6 | 24 |
| Acceso universal a la salud para el VIH | Servicios de salud para el control del VIH/Sida | 7 | 61 |
| | Programas de protección social sensibles al VIH | 4 | 8 |
| | Promoción y protección de los derechos en salud | 5 | 6 |
| Derechos humanos, estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA | Empleo digno y decente durante la pandemia de la COVID-19 | 3 | 4 |
| | Respuesta comunitaria frente al VIH y la COVID-19 | 8 | 12 |
| | Violencia por género u orientación sexual | 11 | 15 |
| Exposición a riesgos en contexto de la COVID-19 | | 1 | 1 |
| Vulnerabilidad en contexto COVID 19 | Incapacidad para enfrentarlos en el contexto de la COVID-19 | 2 | 2 |
| | Inhabilidad para adaptarse activamente en el contexto de la COVID-19 | 2 | 2 |
| Total | | 110 | 204 |



G. LIMITACIONES

La modalidad para la recolección de datos requiere garantizar la «conectividad» de las personas que viven con el VIH/SIDA peruanos y migrantes venezolanos, esta conectividad se ve afectada cada vez más por la precariedad económica en la que se encuentran. En este sentido, la encuesta se realizó en línea, limitando la participación de personas que tienen baja o nula conectividad, o que no tienen o no saben utilizar herramientas electrónicas.

Durante el levantamiento de la información se pudieron recibir diferentes demandas y percepciones sobre eventos similares a la encuesta; por un lado, las personas viviendo con VIH peruanas expresan su desconfianza en las encuestas que ofrecen las organizaciones que implementan proyectos de respuesta a la pandemia de la COVID-19, dirigida a población vulnerable, dado que no son atendidas oportunamente, lo cual afecta la voluntariedad en participación de la misma. Por otro lado, los migrantes venezolanos que viven con el VIH presentan necesidades vinculadas al alquiler de espacios para vivir y una gran incertidumbre de ser desalojados, lo cual puso en riesgo la oportunidad del llenado de la información requerida mediante la encuesta.

¿POR QUÉ VACUNAR?

VACUNA ENFERMEDAD QUE PREVIENE

LLG

Tuberculosis

Poliomielitis

Difteria
Tosferia
Tosferia

Meningitis y Neumonia por
Haemophilus del Tipo 6

Diarrea aguda por Rotavirus

Neumonia por Neisseria

Hepatitis B

Difteria
Tosferia
Tosferia

Sarampión
Rubéola
Parotiditis

Fiebre tifoidea

Meningitis y Neumonia por
Haemophilus lib...

...



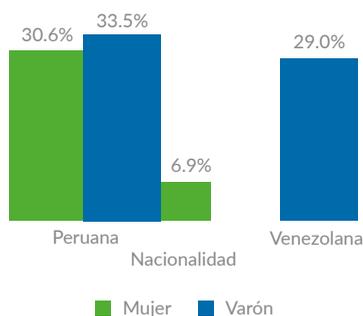
VII./RESULTADOS Y ANÁLISIS

DIMENSIÓN I: CARACTERIZACIÓN GENERAL Y SOCIOECONÓMICA

| VARIABLES | INDICADORES |
|---------------------|--|
| Datos de la persona | ▶ % de mujeres peruanas con VIH |
| | ▶ % de varones peruanos con VIH |
| | ▶ % de mujeres venezolanas con VIH |
| | ▶ % de varones venezolanos con VIH |
| | ▶ % de mujeres y varones, según edad, que viven con VIH |
| | ▶ % de PVVS del estudio, según distrito |
| | ▶ % de PVVS del estudio, según número de años de diagnóstico |

Según el gráfico n.º 1, podemos visibilizar que en la muestra de estudio el 64.1 % son peruanos y el 35.9% son venezolanos. Respecto a la variable sexo diremos que existe una mayor población de varones, es decir, el 62.5% son varones y el 37.5% son mujeres. Asimismo, la data nos permite observar que en la población peruana la diferencia entre varones (33.5%) y mujeres (30.6%) es de 2.9%. En la población venezolana, si se visualiza un predominio de los varones (29%) sobre las mujeres (6.9%), hay una diferencia de 22.1%.

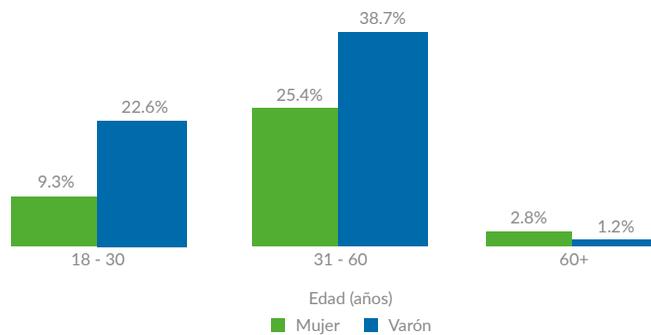
GRÁFICO 1
PERSONAS CON EL VIH/SIDA, SEGÚN SEXO Y NACIONALIDAD EN LA MUESTRA DE ESTUDIO





En el gráfico n.º 2 podemos observar que en la muestra de estudio la distribución de las edades de la población con VIH se establece en tres rangos: i) 18-30 años, ii) 31-60 años y iii) 60 a más años. El rango de edad que concentra mayor población con VIH es el de 31-60 años, con 64.1%, respecto a los 31.9 y 4% de los rangos 18-30 años y 60 a más años, respectivamente.

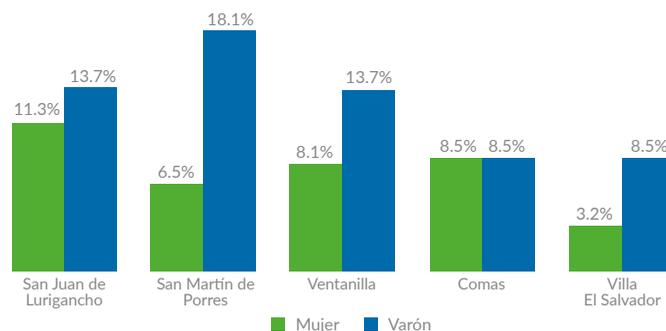
GRÁFICO 2
PORCENTAJE DE MUJERES Y VARONES, SEGÚN EDAD, CON VIH
(TOTAL DE LA POBLACIÓN)



Según el gráfico n.º 3, la población de la muestra de estudio proviene de los distritos de San Juan de Lurigancho (25%), San Martín de Porres (24.6%), Ventanilla (21.8%), Comas (17%) y Villa El Salvador (11.7%).

De la data diremos que existe una mayor proporción de varones que de mujeres, en promedio, por distrito. A partir de ello se muestra que San Juan de Lurigancho está compuesto por 28 mujeres y 34 varones, San Martín de Porres está compuesto por 16 mujeres y 45 varones, Ventanilla está compuesto por 20 mujeres y 34 varones, Comas está compuesto por 21 mujeres y 21 varones y Villa El Salvador está compuesto por 8 mujeres y 21 varones.

GRÁFICO 3
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA, SEGÚN SEXO Y DISTRITO
DE PROCEDENCIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO



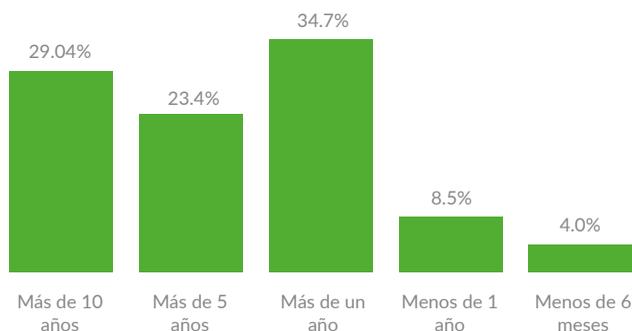


Cuando se analiza la PVVS en los distritos focalizados se puede identificar que existe una diferenciación temporal sobre el diagnóstico del VIH. En el gráfico n.º 4 se visibiliza que hay una mayor concentración de personas con VIH con temporalidad de diagnóstico de más de un año, lo cual permite deducir que los diagnósticos son temporalmente cercanos, lo que indica que se están activando los contagios, debiéndose tomar medidas inmediatas para prevenir, detectar y proteger a la PVVS. (Ver gráfico n.º 3)

Respecto a la distribución por nacionalidad de la población diagnosticada con VIH diremos:

- ▶ 36% de peruanos con más de 10 años de diagnóstico, 23.90% de peruanos con más de 5 años de diagnóstico, 30.20% de peruanos con más de 1 año de diagnóstico, 6.90% de peruanos con menos de 1 año de diagnóstico y 2.50% de peruanos con menos de 6 meses de diagnóstico.
- ▶ 29.40% de peruanos con más de 10 años de diagnóstico, 23.40% de peruanos con más de 5 años de diagnóstico, 34.70% de peruanos con más de 1 año de diagnóstico, 8.50% de peruanos con menos de 1 año de diagnóstico y 4% de peruanos con menos de 6 meses de diagnóstico.

GRÁFICO 4
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA, SEGÚN EL TIEMPO QUE CONOCEN SU DIAGNÓSTICO DE VIH POSITIVO



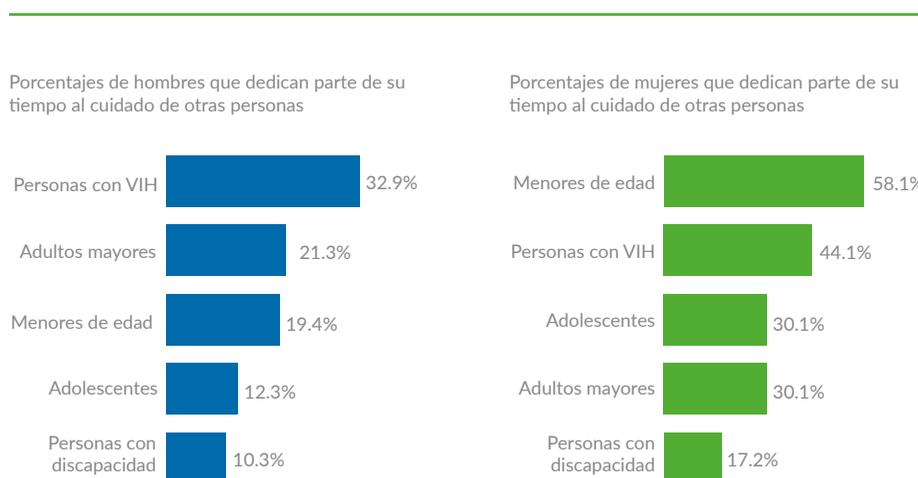
| VARIABLES | INDICADORES |
|------------------------------|---|
| Composición familiar y roles | <ul style="list-style-type: none"> ▶ % de mujeres con VIH que cuidan menores de edad ▶ % de mujeres con VIH que cuidan adolescentes |



Según el gráfico n.º 5, podemos observar que existe una diferencia en cuanto a la distribución de tiempo del cuidado a menores de edad y adolescentes entre los varones y mujeres, debido a que las mujeres concentran o disponen más de su tiempo que los varones.

Según la información diremos que respecto al cuidado de menores de edad son las mujeres quienes disponen más de su tiempo para el cuidado, con 58.1% frente al 32.9% de varones. Respecto al cuidado de adolescentes se repite la misma tendencia de que las mujeres disponen más de su tiempo para el cuidado, con 30.1% frente al 19.4% de varones.

GRÁFICO 5 DISTRIBUCIÓN, SEGÚN SEXO, DEL CUIDADO DE OTROS



Frente a los datos señalados podemos deducir que las mujeres son las personas que se dedican más al cuidado del hogar, ya sea a personas menores de edad, adultos mayores, personas con VIH o personas con discapacidad. Esta situación no les permite ir al mismo ritmo que los varones con VIH, ya que las limita y/o sobrecarga de tareas en el hogar (cuidado, limpieza, educación, otros). Este escenario posibilita que los varones tengan una mayor posición económica y social frente a las mujeres.

| VARIABLES | INDICADORES |
|-----------|---|
| Vivienda | ► % de viviendas de la PVVS, según tenencia |

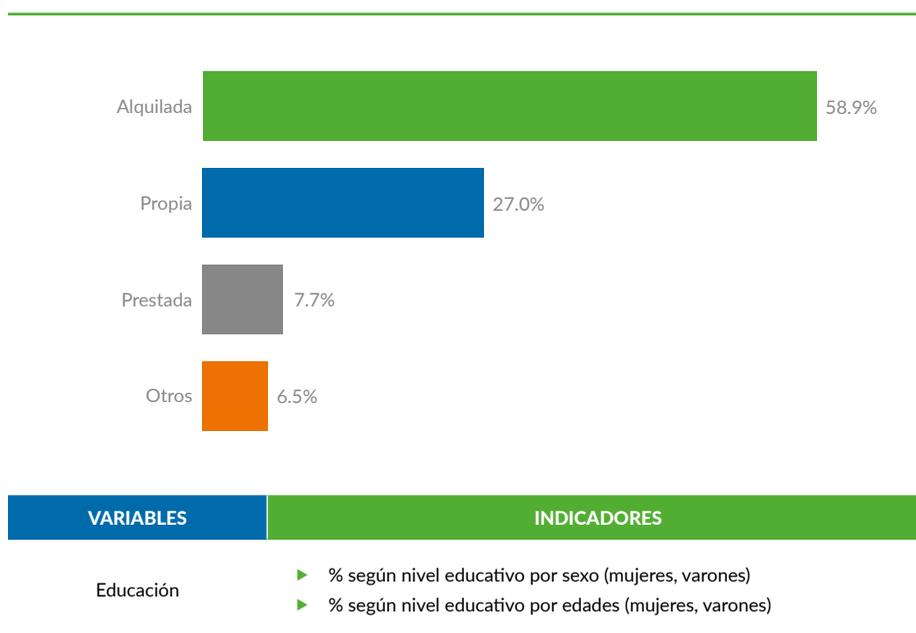


Una vivienda adecuada y digna es un derecho que debemos tener todas las personas; sin embargo, no todos la tenemos, siendo las PVVS una de las que menos posibilidades tienen de obtenerla.

Según el gráfico n.º 6, la población con VIH vive en mayor proporción en viviendas alquiladas (58.9%) frente a las personas que viven en vivienda propia (27%), vivienda prestada 7.7% y otros 6.5%. Respecto a la población que vive en casas alquiladas diremos que sobresalen los venezolanos con relación a los peruanos, es decir, por cada 10 venezolanos 10 viven en casas alquiladas, mientras que por cada 10 peruanos 3 viven en casa alquilada.

A partir de la información diremos que la situación de vivir en casas alquiladas disminuye el desarrollo estable en el hogar, ya que el contexto de la COVID-19 ha generado un alto desempleo, abriéndose un escenario para los desalojos.

GRÁFICO 6
TIPO DE VIVIENDA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH



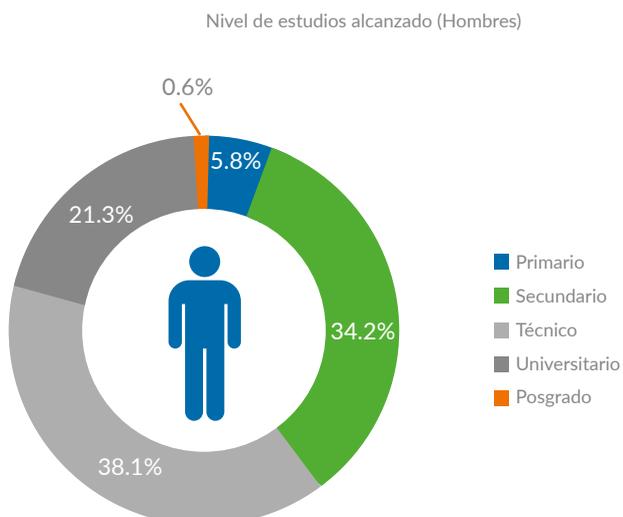
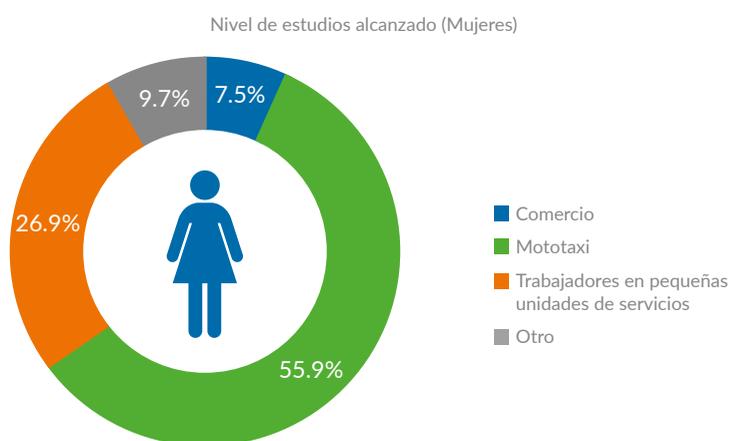
La educación es un derecho fundamental de toda persona, ya que se convierte en el instrumento que posibilita mayores oportunidades para acceder a una calidad de vida.

Según el gráfico n.º 7, la población peruana y venezolana con VIH encuestada en su mayoría concentra a personas con el nivel de estudios secundarios y técnicos superiores. Como muestra de ello tenemos que el 34.3% de varones tienen secundaria y el 55.9% de mujeres tienen secundaria. Por otro lado, el 38.1% tienen estudios técnicos superiores y el 26.9% de mujeres tienen estudios técnicos superiores.



Es importante tener en cuenta este dato, ya que aún existen brechas por cerrar en la PVVS respecto a la educación. Asimismo, es vital pensar en generar acceso a oportunidades de continuidad de estudios superiores para que se conviertan en manos calificadas y puedan tener mejores ingresos.

GRÁFICO 7 NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO DE LA PVVS





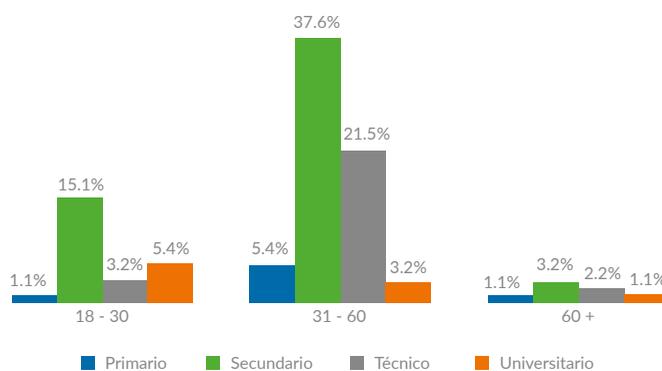
Según el gráfico n.º 8, las mujeres peruanas y venezolanas que viven con VIH, en el rango de edad de 31-60 años, concentran la mayor cantidad de personas con niveles de estudios primarios, secundarios y técnicos, mientras que las mujeres con VIH en el rango de edad de 18-30 años son las que concentran a las personas con mayor nivel de estudios universitarios alcanzado.

Al realizar un análisis más al detalle sobre la distribución de mujeres con VIH respecto a su nivel de estudios alcanzado, de los tres rangos de edad (18-30 años, 31-60 años y 60 a más años) diremos lo siguiente:

- ▶ 7.9% de peruanas alcanzaron el nivel de estudio primario, 61.8% alcanzaron el nivel de estudio secundario, 25% alcanzaron el nivel de estudio técnico y 5.3% alcanzaron el nivel de estudio universitario.
- ▶ 5.9% de venezolanas alcanzaron el nivel de estudio primario, 29.4% alcanzaron el nivel de estudio secundario, 35.3% alcanzaron el nivel de estudio técnico y 29.4% alcanzaron el nivel de estudio universitario.

Esta información permite observar una marcada diferencia entre las mujeres con VIH venezolanas y peruanas, ya que son las primeras las que logran obtener una mayor proporción de mujeres con estudios universitarios frente a las peruanas.

GRÁFICO 8
NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO POR HOMBRES QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA, SEGÚN RANGO DE EDAD



A diferencia de las mujeres, los varones peruanos y venezolanos con VIH concentran una mayor cantidad de personas con niveles de estudios técnicos (38.1%) y estudios universitarios (21.3%).

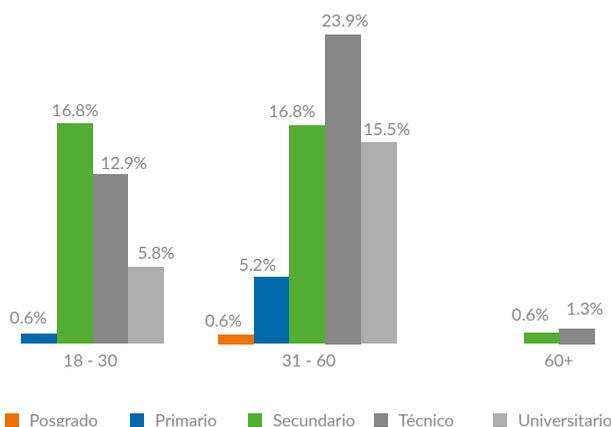


Al realizar un análisis más al detalle sobre la distribución de hombres con VIH respecto a su nivel de estudios alcanzado, de los tres rangos de edad (18-30 años, 31-60 años y 60 a más años) diremos lo siguiente:

- ▶ 8.4% de peruanos alcanzaron el nivel de estudio primario, 41% alcanzaron el nivel de estudio secundario, 41% alcanzaron el nivel de estudio técnico y 9.6% alcanzaron el nivel de estudio universitario.
- ▶ 2.8% de venezolanos alcanzaron el nivel de estudio primario, 26.4% alcanzaron el nivel de estudio secundario, 34.7% alcanzaron el nivel de estudio técnico y 34.7% alcanzaron el nivel de estudio universitario.

Esta información resalta la desigualdad de oportunidades que existe entre ambos sexos, dado por un conjunto de variables que hacen más vulnerable a la mujer en el país, por lo que se debería apuntar a equilibrar dicha brecha, que solo genera desigualdad y violencia de género.

GRÁFICO 9
NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO EN VARONES QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA, SEGÚN RANGO DE EDAD



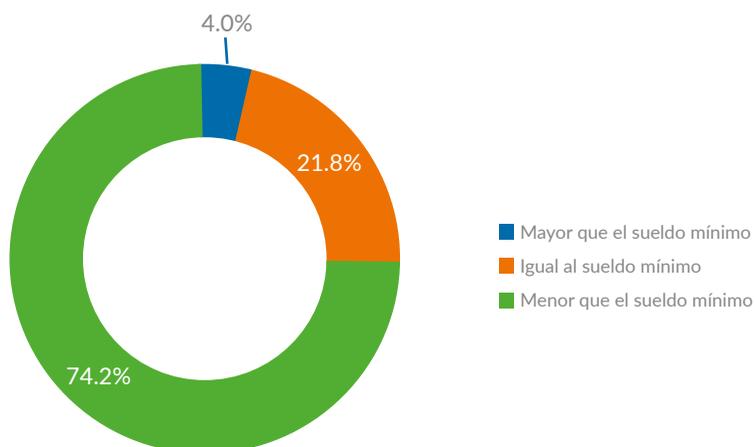
| VARIABLES | INDICADORES |
|---------------------|---|
| Ingresos económicos | <ul style="list-style-type: none"> ▶ % de PVVS con ingresos menores al mínimo vital ▶ % de mujeres con VIH con ingresos menores al mínimo vital ▶ % de varones con VIH con ingresos menores al mínimo vital ▶ % de mujeres transgénero con VIH con ingresos menores al mínimo vital |



La PVVS de la muestra de estudio concentra, en su mayoría, a personas con niveles de ingresos menores al sueldo mínimo (S/ 930); en ese sentido, el gráfico n.º 9 nos permite observar la siguiente distribución: 74.2% de personas con sueldos menores al mínimo vital, 21.8% personas con igual sueldo que el mínimo vital y 4% de personas con sueldos mayores que el mínimo vital.

A partir de ello diremos que por cada 10 personas 7 tienen ingresos menores que el sueldo mínimo vital de S/ 930. Esta información es muy importante, ya que permite visibilizar la situación de precariedad laboral en donde se desenvuelven las personas con PVVS de los distritos focalizados. (Ver gráfico n.º 9).

GRÁFICO 10
NIVEL DE INGRESOS DE ACUERDO CON EL SUELDO MÍNIMO VITAL (SMV) DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA



En el gráfico n.º 11 podemos observar que existe una mayor proporción de personas varones (5.2%) que ganan más que el sueldo mínimo respecto a las mujeres (0.8%); asimismo, existe mayor proporción de mujeres (80.6%) que ganan menos del sueldo mínimo que los varones (70.3%).

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas de la muestra de estudio respecto al nivel de ingresos de acuerdo con el sueldo mínimo vital (SMV), diremos lo siguiente:

Para los varones:

- ▶ 62.7% de peruanos tienen un sueldo menor que el mínimo vital, 31.3% tienen un sueldo igual al mínimo vital y 6% tienen un sueldo mayor que el mínimo vital,

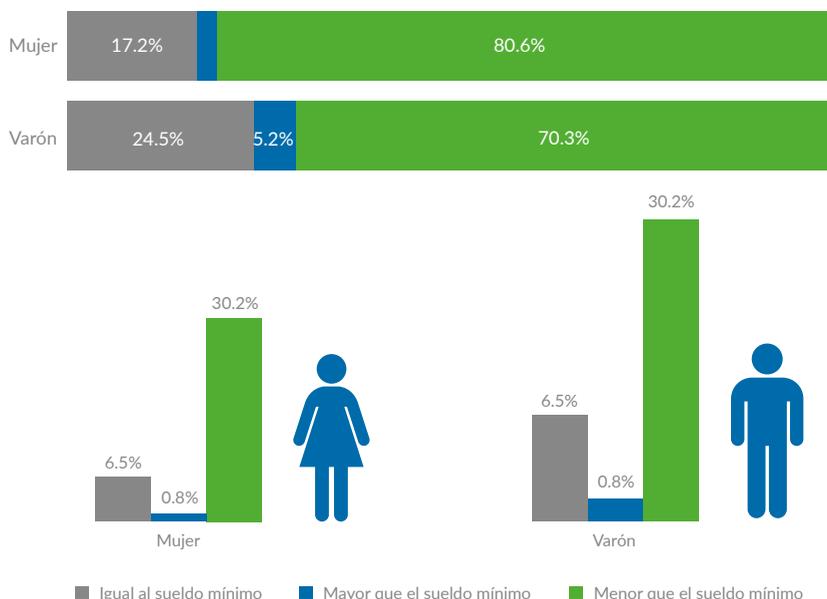


- ▶ 79.2% de venezolanos tienen un sueldo menor que el mínimo vital, 16.7% tienen un sueldo igual al mínimo vital y 4.1% tienen un sueldo mayor que el mínimo vital.

Para las mujeres:

- ▶ 78.9% de peruanas tienen un sueldo menor que el mínimo vital, 18.4% tienen un sueldo igual al mínimo vital y 2.7% tienen un sueldo mayor que el mínimo vital.
- ▶ 88.2% de venezolanas tienen un sueldo menor que el mínimo vital, 11.8% tienen un sueldo igual al mínimo vital y ninguna venezolana tiene un sueldo mayor que el mínimo vital.

GRÁFICO 11
NIVEL DE INGRESOS DE ACUERDO CON EL SUELDO MÍNIMO VITAL (SMV) DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA, SEGÚN EL SEXO

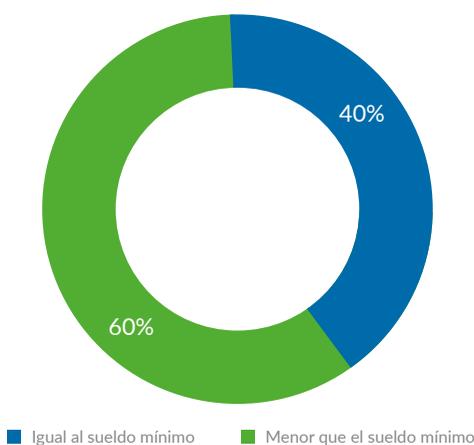


El estigma y la discriminación hacia las mujeres transgénero en el Perú ha generado mucha violencia, transfobia y crímenes de odio debido a que se les discrimina y se les interioriza como si no fueran sujetos de derechos humanos con los mismos derechos y/u oportunidades que todos gozamos.



Muestra de ello es que los niveles de ingreso de las mujeres transgénero tienen una tendencia a ser menor que el sueldo mínimo vital, lo cual explica que las puertas se cierran para el trabajo digno y terminan en trabajos informales que las exponen a situaciones de inseguridad y violencia, como la prostitución callejera. (Ver gráfico n.º 12)

GRÁFICO 12
NIVEL DE INGRESOS DE ACUERDO CON EL SUELDO MÍNIMO VITAL (SMV) DE LAS MUJERES TRANSGÉNERO QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA



| VARIABLES | INDICADORES |
|-----------------------|--|
| Seguridad alimentaria | <ul style="list-style-type: none"> ▶ % de PVVS que redujeron, al menos un día, sus porciones de comida ▶ % de mujeres con VIH que redujeron, al menos un día, sus porciones de comida) ▶ % de varones con VIH que redujeron, al menos un día, sus porciones de comida) ▶ % de mujeres transgénero que recibieron alimentos durante la cuarentena |

Un factor fundamental para que las personas que viven con el VIH/SIDA puedan garantizar la continuidad de su vida es tener una buena alimentación, dado que esto posibilita que sus defensas se refuercen, sabiendo que son personas vulnerables que pueden complicar su salud con el desarrollo de cualquier enfermedad.

En el gráfico n.º 13 podemos observar que del total de las personas de la muestra de estudio, el 82.3% redujeron un día o más el número de porción de sus comidas, mientras que el 17.7% de personas encuestadas no lo redujeron.

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas de la muestra de estudio respecto a la frecuencia de días que limitaron su alimentación, diremos lo siguiente:

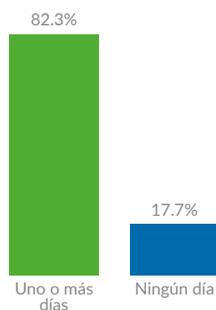


- ▶ 20.1% de peruanos no redujeron su alimentación un día o más y el 79.9% redujeron su alimentación.
- ▶ 13.5% de venezolanos no redujeron su alimentación un día o más y el 86.5% redujeron su alimentación.

La información muestra una mayor reducción de alimentación por parte de las personas venezolanas que las peruanas; no obstante, toda la población (peruanos y venezolanos) tuvo una reducción de su alimentación considerable.

GRÁFICO 13

NIVEL DE INGRESOS DE ACUERDO CON EL SUELDO MÍNIMO VITAL (SMV) DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA, SEGÚN EL SEXO



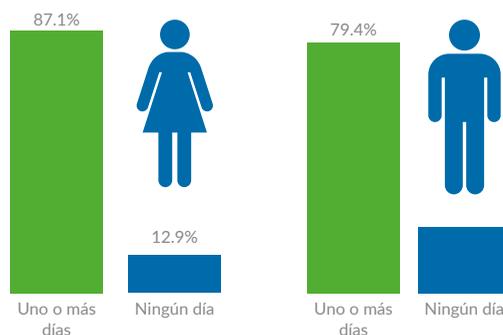
En este contexto, cuando se les pregunta a los varones y mujeres pertenecientes a la muestra de estudio sobre la reducción de sus comidas, podemos identificar que el 87.1% de mujeres viviendo con el VIH manifestaron haber dejado de alimentarse uno o más días durante la semana, y el 79.4% de varones viviendo con el VIH manifestaron haber dejado de alimentarse uno o más días durante la semana.

Esta información nos permite deducir que se encuentran en una situación complicada en el contexto de la pandemia de la COVID-19, con trabajos informales e inseguros y con problemas de alimentación. (Ver gráfico n.º 14)



GRÁFICO 14

FRECUENCIA DE DÍAS QUE LIMITARON SU ALIMENTACIÓN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA, SEGÚN SEXO

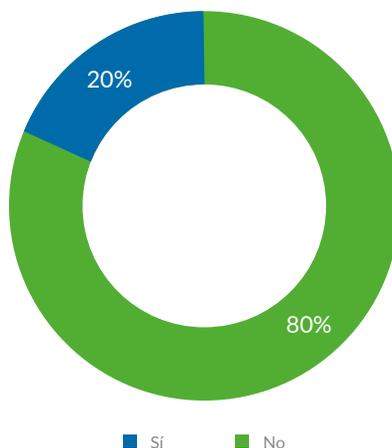


Las mujeres transgénero que viven con VIH, de los distritos focalizados, participan en programas y actividades de ayuda alimentaria, ya sea por parte del Estado o de las ONG.

Según el gráfico 15 existe una mayor cantidad de mujeres transgénero que no reciben ayuda alimentaria respecto a las que sí reciben, es decir, de cada 10 mujeres transgénero con VIH solo 2 reciben ayuda por parte del Estado o alguna ONG en dinero.

GRÁFICO 15

PORCENTAJE DE MUJERES TRANSGÉNERO QUE RECIBIÓ AYUDA POR PARTE DEL ESTADO O DE ALGUNA ONG EN FORMA DE ALIMENTOS





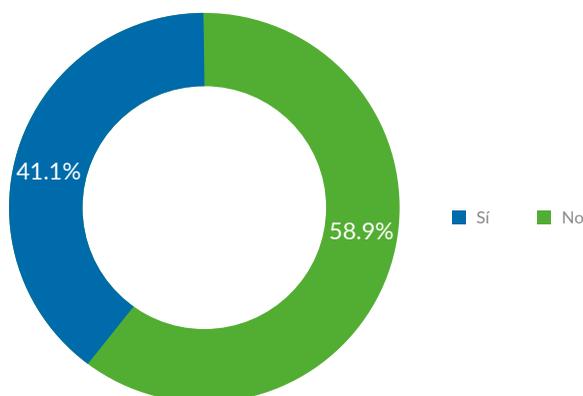
DIMENSIÓN II: ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD PARA VIH (ESTRATEGIA GLOBAL ONUSIDA)

| VARIABLES | INDICADORES |
|--------------------|---|
| Acceso a servicios | ▶ % de PVVS con acceso a la atención por salud mental durante la pandemia |

El cuidado de la salud mental se convierte en un problema de interés público debido a las grandes consecuencias que se originan a partir de ella en la sociedad peruana. Los altos índices de feminicidio, violaciones, agresiones físicas, psicológicas y otras formas de violencia, provocan una gran preocupación buscando que las personas se atiendan de manera oportuna. Para el caso de las personas que viven con el VIH/SIDA también existe una preocupación por su salud mental, ya sea por la propia situación del diagnóstico o por el estigma y la discriminación que genera la sociedad peruana.

Ante este contexto se puede visibilizar en el gráfico n.º 16, que de cada 10 personas que viven con VIH solo 4 recibieron servicios de salud mental, ya sea por atención de consulta externa, consejería, contención emocional o psiquiatría.

GRÁFICO 16
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19



Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que viven con el VIH con acceso a servicios de salud mental durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:



- ▶ 33.30% de peruanos contaron con servicio de salud mental durante la pandemia de la COVID-19.
- ▶ 55.10% de venezolanos contaron con servicio de salud mental durante la pandemia de la COVID-19.

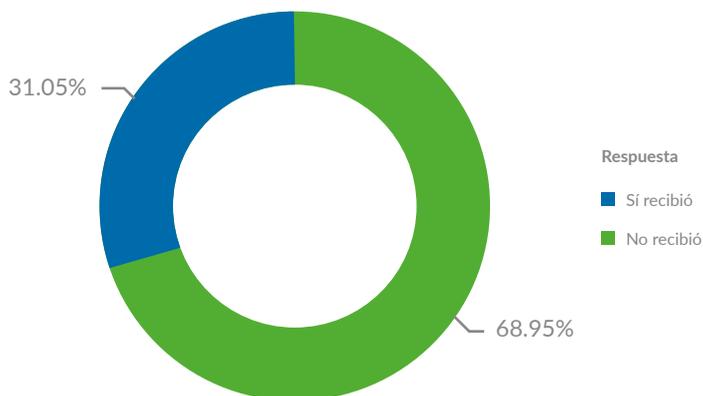
La información permite deducir que los venezolanos con VIH han recibido mayor atención con servicios de salud mental durante la pandemia de la COVID-19 respecto a los peruanos.

| VARIABLES | INDICADORES |
|---------------------|--|
| Servicios recibidos | ▶ % de PVVS que sí recibieron TARGA |
| | ▶ % de PVVS que no recibieron condones |

El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) permite disminuir la carga viral en sangre a niveles indetectables, ello conduce a la recuperación inmunológica del paciente en fase de inmunodeficiencia convirtiéndose, así, en un servicio fundamental para las personas que viven con el VIH/SIDA.

Según la información, diremos que las personas que viven con VIH encuestadas no han recibido TARGA en su mayoría, es decir, de cada 10 personas solo 3 recibieron la medicación, generándose una amplia brecha que afecta el control de la infección.

GRÁFICO 17
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE RECIBIERON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19





Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que recibieron tratamiento antirretroviral durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 22.64% de peruanos recibieron tratamiento antirretroviral durante la pandemia de la COVID-19
- ▶ 46.07% de venezolanos recibieron tratamiento antirretroviral durante la pandemia de la COVID-19

La información permite deducir que los venezolanos con VIH recibieron tratamiento antirretroviral durante la pandemia de la COVID-19 respecto a los peruanos.

Otro servicio importante para el desarrollo de la sexualidad de las personas que viven con el VIH/SIDA es el suministro de condones masculinos.

Según el gráfico n.º 18, diremos que la mayoría de las personas encuestadas no recibieron condones, es decir, de cada 10 personas solo 4 recibieron condones.

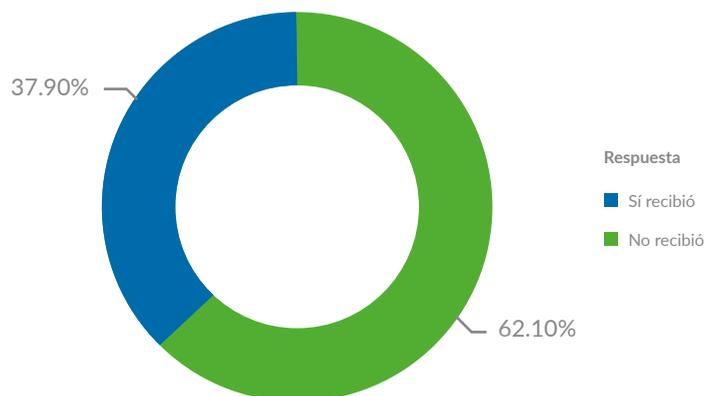
Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que recibieron condones masculinos durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 22.64% de peruanos recibieron condones masculinos durante la pandemia de la COVID-19
- ▶ 66.17% de venezolanos recibieron condones masculinos durante la pandemia de la COVID-19

La información permite deducir que los venezolanos con VIH recibieron el tratamiento antirretroviral durante la pandemia de la COVID-19 respecto a los peruanos. Por otro lado, esta situación nos indica que se deben mejorar los canales de promoción y de acceso al servicio de entrega de condones.



GRÁFICO 18
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE RECIBIERON
CONDONES MASCULINOS DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19



| VARIABLES | INDICADORES |
|--------------------------------|---|
| Programas de protección social | ▶ % de PVVS venezolanas que recibieron alimentos durante la pandemia de la COVID-19 |
| | ▶ % de PVVS venezolanos que recibieron dinero durante la pandemia de la COVID-19 |
| | ▶ % de PVVS peruanos que recibieron alimentos durante la pandemia de la COVID-19 |
| | ▶ % de PVVS peruanos que recibieron dinero durante la pandemia de la COVID-19 |

Según el gráfico n.º 19, podemos observar que la mayor proporción de las personas que pertenecen a la muestra de estudio no han recibido apoyo económico ni alimentos durante la pandemia. Como muestra de ello tenemos que de cada 10 peruanos 2 recibieron ayuda económica y 4 recibieron alimentos; mientras que de cada 10 venezolanos 3 recibieron ayuda económica y 5 recibieron alimentos.

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que recibieron apoyo en alimentos o dinero del Estado y de las ONG durante la pandemia, diremos lo siguiente:

Para el caso de alimentos:

- ▶ 2.5% de peruanos recibieron alimentos durante la pandemia de la COVID-19 de fuente pública



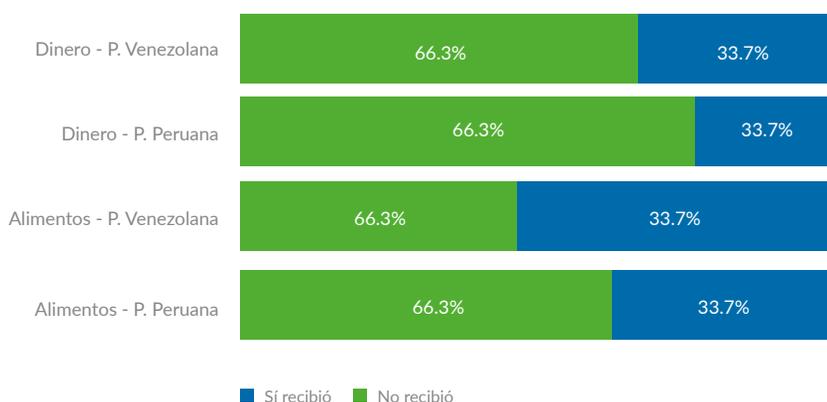
- ▶ 36.5% de peruanos recibieron alimentos durante la pandemia de la COVID-19 de fuente de las ONG
- ▶ 6.7% de venezolanos recibieron alimentos durante la pandemia de la COVID-19 de fuente pública
- ▶ 50.6% de venezolanos recibieron alimentos durante la pandemia de la COVID-19 de fuente de las ONG

Para el caso de dinero:

- ▶ 17% de peruanos recibieron dinero durante la pandemia de la COVID-19 de fuente pública
- ▶ 8.8% de peruanos recibieron dinero durante la pandemia de la COVID-19 de fuente de las ONG
- ▶ 2.2% de venezolanos recibieron alimentos durante la pandemia de la COVID-19 de fuente pública
- ▶ 32.6% de venezolanos recibieron alimentos durante la pandemia de la COVID-19 de fuente de las ONG

Situación que permite visibilizar la poca ayuda social que reciben las personas vulnerables que viven con el VIH/SIDA en los distritos focalizados.

GRÁFICO 19
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE RECIBIERON APOYO EN ALIMENTOS O DINERO DEL ESTADO Y LAS ONG DURANTE LA PANDEMIA





DIMENSIÓN III: DERECHOS HUMANOS, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS AL VIH/SIDA

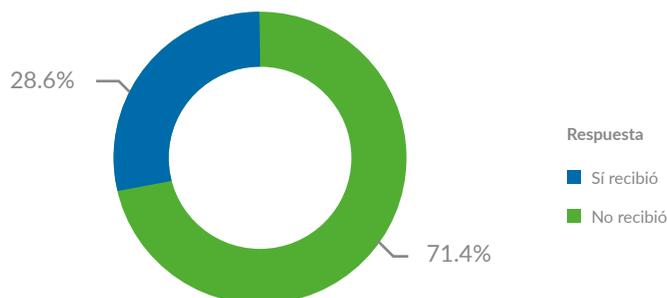
| VARIABLES | INDICADORES |
|---|--|
| Promoción y protección de los derechos en salud | <ul style="list-style-type: none"> ▶ % de PVVS que identifican instituciones protectoras o promotoras de sus derechos en salud ▶ % de PVVS que identifican instituciones privadas como protectoras o promotoras de sus derechos en salud ▶ % de PVVS que identifican instituciones públicas como protectoras o promotoras de sus derechos en salud ▶ % de PVVS que consideran sufrir discriminación y vulneración de sus derechos en salud |

Cuando una persona quiere obtener mayor conocimiento sobre sus derechos en salud, debe identificar la institución correspondiente para poder acercarse y recibir la información necesaria. Para el caso de las personas que viven con el VIH/SIDA es similar, dado que existen instituciones que brindan este tipo de información, pero está en la misma la difusión y promoción de los servicios para que las personas que viven con el VIH/SIDA pueda identificarlas y acceder a sus servicios.

Según el gráfico n.º 20, podemos observar que las personas que viven con VIH en los distritos focalizados, en su mayoría no logran identificar las instituciones que promocionan y protegen sus derechos de salud, es decir, de cada 10 personas solo 3 las identifican y 7 no lo hacen.

GRÁFICO 20

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE IDENTIFICAN LAS INSTITUCIONES QUE PROMUEVEN Y PROTEGEN LOS DERECHOS EN SALUD





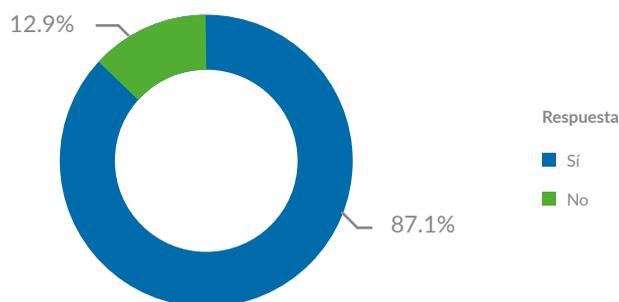
La discriminación en el Perú tiene diferentes manifestaciones negativas, como la exclusión y, por consiguiente, la vulneración de los derechos y libertades de las personas. Ante esta situación, las personas que viven con el VIH/SIDA están más expuestas por la forma de transmisión del virus entre los hombres que tienen sexo con otros hombres, la alta prevalencia en grupos LGTB y trabajadores del sexo; esta condición hace que se expongan al estigma y los ubica como una población vulnerable. Por eso, es importante conocer la percepción que ellos tienen respecto a si consideran que las personas viviendo con VIH sufren discriminación, si representa un gran riesgo para ellos y si a consecuencia de la discriminación se vulneran sus derechos en salud.

En el gráfico n.º 21 podemos observar que de cada 10 personas que viven con el VIH 8 consideran que sufren discriminación y vulneración de sus derechos en salud, lo cual es un dato que nos permite conocer el contexto desfavorable para el desarrollo de las personas que viven con el VIH.

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que consideran sufrir discriminación y vulneración de sus derechos en salud, diremos lo siguiente:

- ▶ 90.6% de peruanos consideran sufrir discriminación y vulneración de sus derechos en salud
- ▶ 80.9% de venezolanos consideran sufrir discriminación y vulneración de sus derechos en salud

GRÁFICO 21
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE CONSIDERAN SUFRIR DISCRIMINACIÓN Y VULNERACIÓN DE SUS DERECHOS EN SALUD



| VARIABLES | INDICADORES |
|---|---|
| Empleo digno y decente durante la pandemia de la COVID-19 | ▶ % de PVVS desempleada durante la pandemia |
| | ▶ % de PVVS que sufrió despido arbitrario siendo PVVS |
| | ▶ % de PVVS que trabajó de manera informal en la pandemia |



La COVID-19 se convierte cada día en un escenario poco favorable para la comunidad, en donde la economía se paralizó por tres meses consecutivos en el 2020 (marzo, abril y mayo); luego del plan de reactivación económica, aún no logra volver al estado anterior a la declaratoria de pandemia mundial. El aislamiento social obligatorio generó desempleos masivos, quebraron pequeñas empresas, el PBI decreció hasta casi 40%, el tipo de cambio subió (devaluación del sol frente al dólar) y, por ende, los precios del mercado fueron afectados.

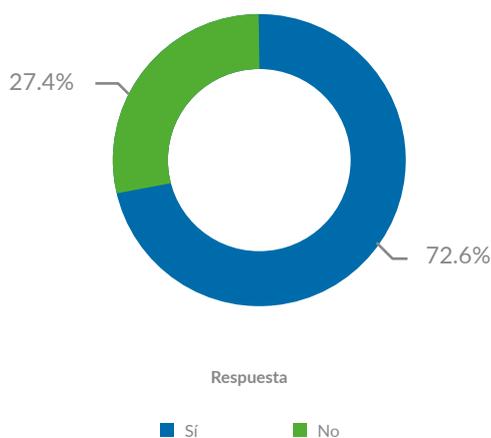
Como consecuencia de esta situación la mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA perdieron su empleo, es decir, de cada 10 personas con VIH de los distritos focalizados 7 quedaron desempleados. (Ver gráfico n.º 22)

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que quedaron desempleadas durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 65.4% de peruanos quedaron desempleados durante la pandemia de la COVID-19
- ▶ 85.4% de venezolanos quedaron desempleados durante la pandemia de la COVID-19

Esta información es muestra del gran impacto que ha generado la pandemia en el trabajo, dejando en una situación muy complicada a la PVVS y sus familias.

GRÁFICO 22
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA DESEMPLEADOS DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19





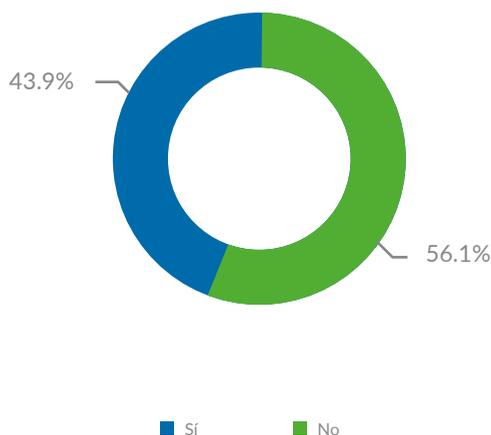
Del grupo de personas que quedaron desempleadas a causa de la pandemia de la COVID-19 en el Perú, podemos identificar que el 56.1% considera que fue despedida arbitrariamente, lo cual nos permite deducir que existió un abuso laboral contra las personas que viven con VIH en los distritos focalizados. (Ver gráfico n.º 23)

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que sufrieron despido arbitrario durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 26.4% de peruanos sufrieron despido arbitrario durante la pandemia de la COVID-19
- ▶ 41.6% de venezolanos sufrieron despido arbitrario durante la pandemia de la COVID-19

Esta información muestra una situación que pone de manifiesto la vulnerabilidad de esta población, ya que depende mucho de los ingresos económicos para alimentarse, pagar servicios básicos como agua, electricidad, atención en salud, sabiendo que si no se alimentan bien pueden bajar sus defensas y complicar su estado de salud; asimismo, al no contar con trabajo pueden ingresar a la prostitución disminuyendo su temporalidad de vida por el alto riesgo.

GRÁFICO 23
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE SUFRIERON DESPIDO ARBITRARIO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19



«El trabajo dignifica al hombre» es una frase muy común que se escucha en cualquier espacio social; sin embargo, nos preguntamos: ¿Todas las personas tienen un trabajo que las dignifique? Es decir, que respeten sus derechos, les brinden las condiciones mínimas para el desempeño de sus funciones, los traten con igualdad de oportunidades sin diferencias por el sexo, la orientación sexual, el color de la piel, la religión que profesan, o la condición de salud por ser personas que viven con el VIH/SIDA.



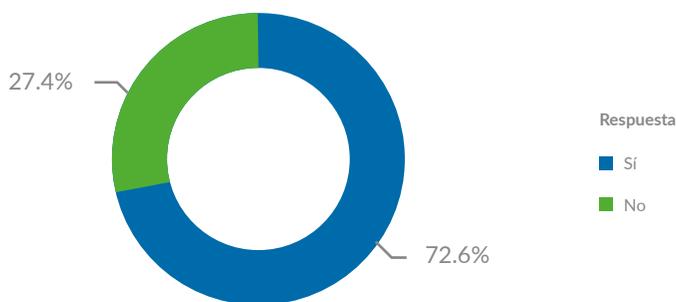
Según el gráfico n.º 24, se puede observar que la mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA trabajan de manera informal, es decir, de cada 10 personas encuestadas 7 declararon que trabajan de manera informal.

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que trabajan de manera informal durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 89.9% de peruanos trabajan de manera informal durante la pandemia de la COVID-19
- ▶ 91% de venezolanos trabajan de manera informal durante la pandemia de la COVID-19

Esta data nos dice que existe una precarización laboral en las personas que viven con el VIH/SIDA, quienes no solo se enfrentan a las vulneraciones de sus derechos laborales sino a la discriminación en sus centros de labores.

GRÁFICO 24
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE MANIFIESTAN HABER SIDO DESEMPLEADAS DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19



Las organizaciones no gubernamentales (ONG) son entidades de iniciativa social y fines humanitarios, que son independientes de la administración pública y no tienen afán lucrativo.

Para el caso específico, existen las ONG que responden ante el VIH y que han generado actividades para las personas que viven con el VIH/SIDA en respuesta a la pandemia de la COVID-19.

Ante esto, se formula a los encuestados una pregunta de elección múltiple para saber si conocen este tipo de ONG.

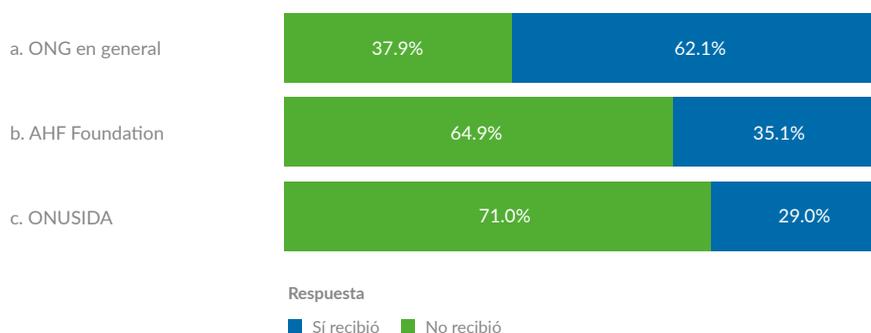


En el gráfico n.º 25 podemos observar que las personas de la muestra de estudio conocen de manera general a las ONG en específico, es decir, por sus nombres institucionales.

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que conocen a las ONG durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 52.2% de peruanos conocen a las ONG en general, 30.2% conocen AHF y 18.2% conocen a ONUSIDA.
- ▶ 79.8% de venezolanos conocen a las ONG en general, 43.8% conocen AHF y 48.3% conocen a ONUSIDA.

GRÁFICO 25
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE CONOCEN ONG QUE RESPONDEN A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19



| VARIABLES | INDICADORES |
|---|--|
| Violencia por género u orientación sexual | ▶ % de PVVS transgénero no binario que fue víctima de violencia basada en género |
| | ▶ % de PVVS que fueron víctimas de VBG en algún espacio |

La violencia basada en el género (VBG) es un concepto utilizado para describir los actos perjudiciales perpetrados en contra de una persona sobre la base de las diferencias que la sociedad asigna a hombres y mujeres en sus roles de género.

Esto quiere decir que en su interpretación más amplia de la violencia de género incluye tipos específicos de violencia contra mujeres, niñas y niños; esta violencia afecta a las mujeres transgénero y se incrementa por la transfobia.

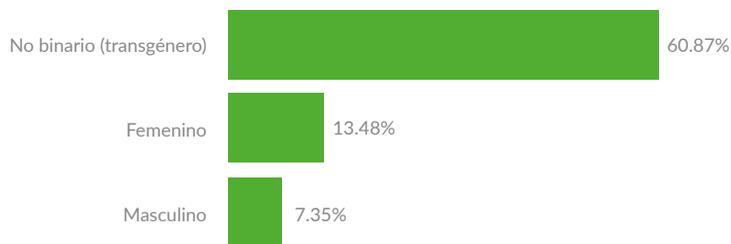


Según el gráfico n.º 26, podemos decir que las personas transgénero no binario son quienes manifiestan haber sufrido mayores niveles de violencia basada en género, respecto a las personas de género binario femeninas y masculinos.

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que sufrieron violencia basada en género durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 10.2% de peruanos de género binario sufrieron violencia basada en género
- ▶ 63.6% de peruanos de género no binario sufrieron violencia basada en género
- ▶ 9.1% de venezolanos de género binario sufrieron violencia basada en género
- ▶ Ningún venezolano de género no binario sufrió violencia basada en género

GRÁFICO 26
**PORCENTAJE DE VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO,
SEGÚN GÉNERO BINARIO Y NO BINARIO**



Los espacios en donde se desenvuelven las personas son escenarios en los cuales se desarrolla un conjunto de episodios sobre la violencia. Para el caso específico, se ha formulado una pregunta múltiple a las personas que pertenecen a la muestra de estudio, para conocer el espacio que consideran donde sufren violencia basada en el género. A partir de la información identificamos cuatro lugares donde se desarrolla más la violencia basada en el género, los cuales son: (Ver gráfico n.º 27)



1. El barrio

- ▶ 11.9% de peruanos sufrieron violencia basada en género en el barrio
- ▶ 4.5% de venezolanos sufrieron violencia basada en género en el barrio

2. Los espacios públicos

- ▶ 10.1% de peruanos sufrieron violencia basada en género en los espacios públicos
- ▶ 6.7% de venezolanos sufrieron violencia basada en género en los espacios públicos

3. El trabajo

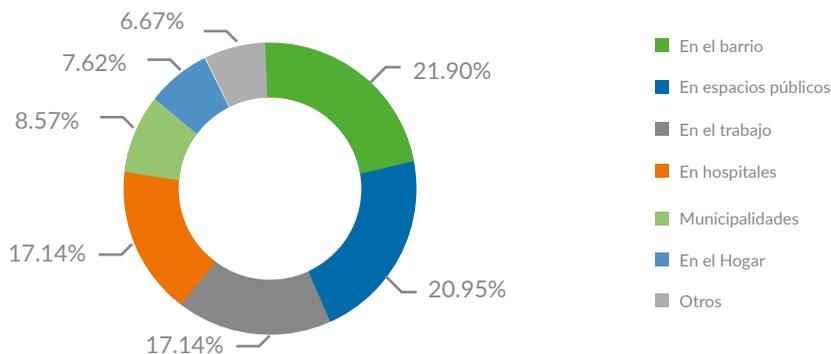
- ▶ 9.4% de peruanos sufrieron violencia basada en género en el trabajo
- ▶ 3.4% de venezolanos sufrieron violencia basada en género en el trabajo

4. Los hospitales

- ▶ 8.8% de peruanos sufrieron violencia basada en género en los hospitales
- ▶ 4.5% de venezolanos sufrieron violencia basada en género en los hospitales

GRÁFICO 27

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE MANIFIESTAN HABER SIDO DESEMPLEADAS DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19





DIMENSIÓN IV: VULNERABILIDAD EN EL CONTEXTO COVID-19

Desde una perspectiva general, el término «vulnerabilidad» se identifica con fragilidad y/o escasa capacidad de defensa ante riesgos inminentes.

Así, se puede decir que una persona «está muy vulnerable» o que ante una situación complicada e inesperada, alguien con reducida capacidad de respuesta «es vulnerable».

De esta manera, la vulnerabilidad está relacionada con la capacidad que una persona, grupo o comunidad tiene para advertir, resistir y recuperarse de un riesgo próximo. (Sánchez & Egea, 2011)

La vulnerabilidad social se puede entender como un proceso encarado por una persona, grupo o comunidad en desventaja social y ambiental, en el que cabe identificar los siguientes elementos:

1. Existencia de riesgos externos a la persona, grupo o comunidad;
2. Proximidad a los mismos;
3. Posibilidad de evitarlos;
4. Capacidad y mecanismos para superar los efectos de esos riesgos;
5. Situación final resultante, una vez enfrentadas las consecuencias de la actuación de dichos riesgos. (Chambers, 1989; Bohle, 1993; Pérez de Armiño, 1999 citado en Sánchez & Egea, 2011)

A partir de estos elementos desarrollados, la Cepal desarrolla la famosa «ecuación de vulnerabilidad» (Cepal, 2002) generándose lo siguiente:

$$\text{Vulnerabilidad} = \text{Exposición a riesgos} + \text{Incapacidad para enfrentarlos} + \text{Inhabilidad para adaptarse activamente}$$

Para el presente estudio, como parte de la identificación de la vulnerabilidad que se genera en personas con VIH, trataremos de analizar los resultados que se encuentran enmarcados en la dimensión vulnerabilidad y realizaremos una sumatoria de los valores o elementos que componen la vulnerabilidad, para luego aplicar una división entre estos e identificar, de manera dicotómica, el resultado, es decir, si existe o no vulnerabilidad.



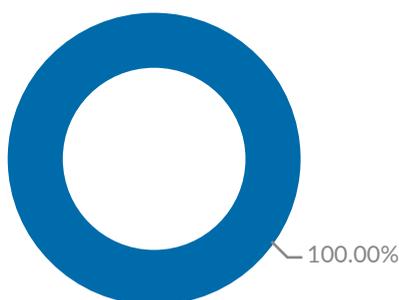
Es importante mencionar que al ser una operación dicotómica tendremos los valores «0» y «1», donde «0» = no existe vulnerabilidad y «1» = vulnerabilidad.

| VARIABLES | INDICADORES |
|----------------------|---|
| Exposición a riesgos | <ul style="list-style-type: none">▶ % de PVVS que consideran estar expuestos a riesgos por tener VIH▶ % de PVVS que perciben los riesgos a los que se encuentran expuestos▶ % de PVVS que requieren atención psicológica por motivos de la COVID-19 |

La población peruana y venezolana (migrante-refugiada) encuestada considera en su totalidad que se encuentran expuestos a riesgos por tener VIH. (Ver gráfico n.º 28)

Esta es una información bastante interesante, ya que coincide con la propuesta hecha por Cepal, en donde es importante visibilizar dicha información para construir la ecuación de la vulnerabilidad.

GRÁFICO 28
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE CONSIDERAN ESTAR EXPUESTAS A RIESGOS POR SU CONDICIÓN DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19



Al tener presente la información del gráfico n.º 28, diremos que las personas que viven con el VIH/SIDA son personas que tienen mayor predisposición a sufrir los riesgos generados por la COVID-19.

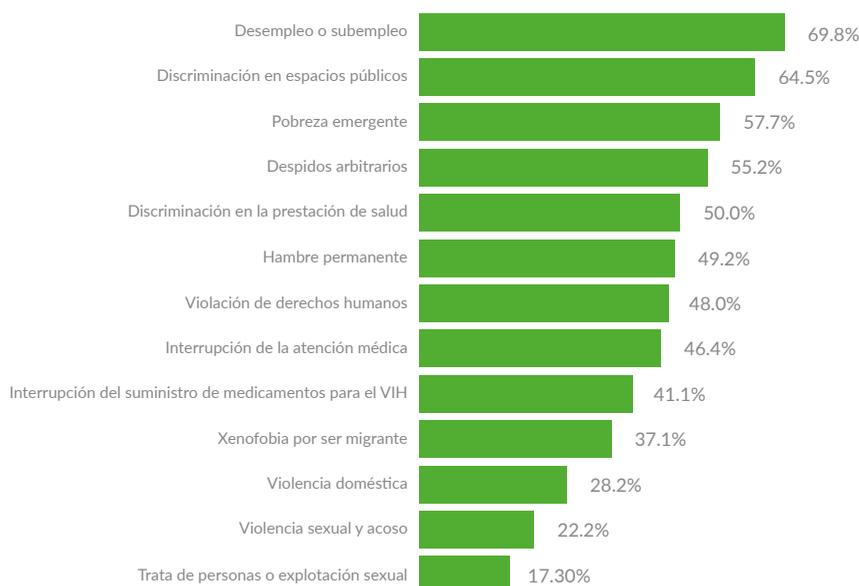
En tal sentido, es importante conocer la percepción de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) encuestada, respecto a los espacios de riesgos en los que consideran estar más expuestos.



Para ello se formuló una pregunta de elección múltiple, en la que se pueden destacar cuatro escenarios de riesgo: (Ver gráfico n.º 29)

1. El desempleo o subempleo,
2. La discriminación en público,
3. La pobreza emergente y
4. La discriminación en la prestación de salud.

GRÁFICO 29
PORCENTAJE DE VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO, SEGÚN GÉNERO BINARIO Y NO BINARIO



La pandemia de la COVID-19 no solo ocasiona malestares a la salud física, sino que también afecta la salud psicológica de las personas por la carga de ansiedad y estrés que genera la condición de VIH positivo, así como las amenazas latentes a consecuencia de la COVID-19.

Por ello es importante el apoyo psicosocial y la atención a la salud mental, que se convierten en una herramienta fundamental para una mejor adaptación a los riesgos y una mejor respuesta del individuo frente a los riesgos que generan vulnerabilidad.



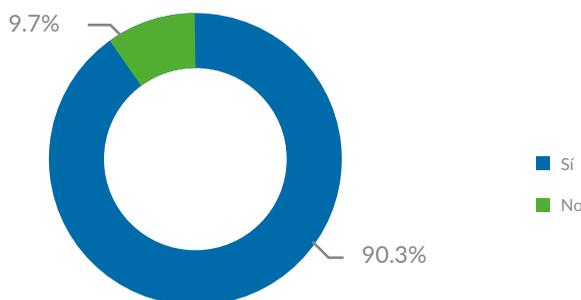
Las personas que viven con el VIH/SIDA no son ajenas a esta problemática; por lo tanto, deberán ser partícipes de este servicio de salud mental.

Según el gráfico n.º 30, podemos observar que el 90.3% de las personas encuestadas requieren atención psicológica por motivo de la COVID-19, un dato importante que deben tener en cuenta el MINSA y las entidades públicas involucradas.

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que manifiestan necesidad de recibir atención psicológica durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 95% de peruanos manifiestan necesidad de recibir atención psicológica durante la pandemia de la COVID-19
- ▶ 82% de venezolanos manifiestan necesidad de recibir atención psicológica durante la pandemia de la COVID-19

GRÁFICO 30
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE MANIFIESTAN NECESIDAD DE RECIBIR ATENCIÓN PSICOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19



| VARIABLES | INDICADORES |
|-------------------------------|--|
| Incapacidad para enfrentarlos | ▶ % de PVVS que consideran tener capacidad de respuesta para enfrentar los riesgos a los que se encuentran expuestos en el contexto de la COVID-19 |

La capacidad que tiene una persona para enfrentarse a los riesgos en los que se encuentra temporal o permanentemente, puede variar en función de las condiciones y oportunidades con las que cuenta en el momento.



Para el caso de las personas que viven con VIH, podemos decir que enfrentan desventajas reconocidas como «vulnerabilidad sanitaria» a consecuencia del estado de la salud, la intensidad física y/o emocional, dado que están en un constante reto por tener una vida regular.

Por ello, cuando una persona no tiene la capacidad de enfrentar los riesgos a los que se encuentra expuesta, es que se le considera «vulnerable socialmente»; no obstante, es vital conocer la percepción de la persona para saber cómo se ubica en este contexto de la vulnerabilidad.

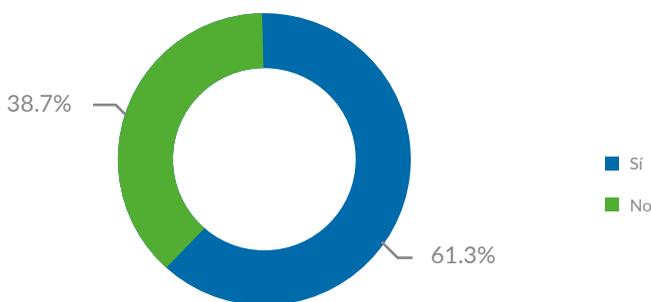
Según la información, la mayor cantidad de las personas que viven con el VIH/SIDA de los distritos focalizados consideran no tener la capacidad para enfrentar los riesgos a los que se exponen. De cada 10 entrevistados 6 consideran no tener la capacidad. (Ver gráfico n.º 31)

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que consideran tener la capacidad para enfrentar los riesgos a los que se encuentran expuestas durante la pandemia de la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 31.4% de peruanos consideran tener la capacidad para enfrentar los riesgos a los que se encuentran expuestos durante la pandemia de la COVID-19
- ▶ 51.7% de venezolanos consideran tener la capacidad para enfrentar los riesgos a los que se encuentran expuestos durante la pandemia de la COVID-19

GRÁFICO 31

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE CONSIDERAN TENER LA CAPACIDAD PARA ENFRENTAR LOS RIESGOS A LOS QUE SE ENCUENTRAN EXPUESTAS DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19



En realidad, la capacidad no solo es emocional y actitudinal, sino que involucra factores como lo económico, los estímulos colectivos, la atención oportuna y los servicios de calidad que genera el Estado o instituciones privadas, las que refuerzan la capacidad para enfrentarlo.



| VARIABLES | INDICADORES |
|--|--|
| Inhabilidad para adaptarse activamente | ▶ % de PVVS que tiene la capacidad para adaptarse al contexto de la COVID-19 |

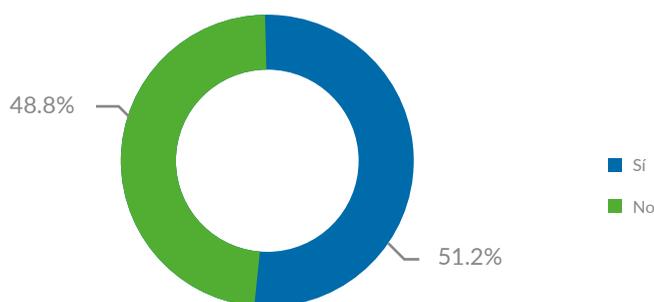
Un último elemento que influye para que se genere la vulnerabilidad de una persona es la incapacidad de adaptarse al contexto, para el caso específico, a los riesgos que se enfrentan en el marco de la COVID-19 como personas que viven con VIH.

Más de la mitad de las personas que viven con VIH/SIDA entrevistadas consideran tener la capacidad de adaptarse activamente en el contexto de la COVID-19 (ver gráfico n.º 30). Esta es una información importante porque evidencia la capacidad de habilidades que permiten lograr, con mucho esfuerzo, la adaptación a los cambios (51.2%); no obstante, existe aún 48.8% de personas con VIH que consideran no poder hacerlo.

Al realizar un análisis más al detalle sobre las personas que consideran tener la capacidad de adaptarse al contexto generado por la COVID-19, diremos lo siguiente:

- ▶ 40.3% de peruanos consideran tener la capacidad de adaptarse al contexto generado por la COVID-19
- ▶ 70.8% de venezolanos consideran tener la capacidad de adaptarse al contexto generado por la COVID-19

GRÁFICO 32
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA QUE CONSIDERAN TENER LA CAPACIDAD DE ADAPTARSE AL CONTEXTO GENERADO POR LA COVID-19





ECUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Aplicación del instrumento

Según lo mencionado en los párrafos anteriores, analizaremos los resultados obtenidos en los gráficos n.º 28, 31 y 32.

Con estos resultados realizaremos la aplicación de la fórmula de la ecuación:

$$\text{Vulnerabilidad (V)} = \text{Exposición a riesgos (ER)} + \text{Incapacidad para enfrentarlos (IE)} + \text{Inhabilidad para adaptarse activamente (IAA)}$$

De los resultados, diremos lo siguiente:

1. El gráfico n.º 26 nos dice que el 100% de la PVVS encuestada considera encontrarse en riesgo, lo cual nos daría el valor «1».
2. El gráfico n.º 29 nos dice que el 38.7% de la PVVS encuestada considera tener la capacidad para enfrentarse a los riesgos a los que se encuentra expuesta, lo cual nos daría el valor de 0.387.
3. El gráfico n.º 30 nos dice que el 51.2% considera tener la capacidad para adaptarse activamente, lo cual nos daría el valor de 0.512.

Aplicando la fórmula, diremos que $1 + 0.38 + 0.51$ es igual a 1.899; ahora, al generar la división entre el total de la sumatoria da como resultado 0.633.

Este resultado está más cerca del «1» que del «0».

Por lo tanto, diremos que hay mayor predisposición de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) que vive con el VIH/SIDA de los distritos, a focalizar la «vulnerabilidad social».



¡Internet GRATIS AQUÍ!

WIFI
GRATIS
para la gente

Cargue, no calentar aquí



¡Internet GRATIS en pocos pasos!

1. Conecte su dispositivo a la red de WiFi GRATIS.
2. Ingrese su correo electrónico y contraseña.
3. Haga clic en "Registrarse" y complete los datos.
4. Haga clic en "Aceptar" y "Aceptar".
5. ¡Listo! Ahora puede usar Internet GRATIS.



VIII./CONCLUSIONES

- ▶ El Estado peruano reconoce la vulnerabilidad sanitaria en las personas que viven con el VIH y SIDA, a través del Decreto Supremo n.º 002-2020-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, e incorpora como afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) a la población en situación de «vulnerabilidad sanitaria», entre las que se encuentran las personas que viven con el VIH, los enfermos de tuberculosis y las personas con discapacidad severa. Sobre la evidencia que sustenta el Ministerio de Salud (MINSU), sin embargo, aún no logra atender la vulnerabilidad social que se ha incrementado a consecuencia de la pandemia de la COVID-19, la pérdida de empleos, la pobreza emergente y el hambre en el Perú.
- ▶ El presente estudio ha permitido realizar una caracterización de la población que vive con el VIH y que residen en los distritos de San Juan de Lurigancho, Comas, Villa El Salvador, San Martín de Porres y Ventanilla. Asimismo, cabe resaltar que se tuvo acceso a una mayor cantidad de mujeres peruanas con el VIH y un mayor número de varones venezolanos con el VIH. Este estudio es una aproximación singular a la vulnerabilidad de género en mujeres con VIH y a la dinámica del VIH en migrantes varones, básicamente de hombres que tienen sexo con otros hombres, poblaciones donde la epidemia se encuentra concentrada, según las estimaciones de ONUSIDA.
- ▶ Se ha visibilizado que las mujeres que viven con VIH son quienes presentan mayor vulnerabilidad y desigualdad económica; esto, debido a que son las que tienen bajo su tutela el cuidado de otras personas (menores de edad, adolescentes, personas con discapacidad y otras personas que viven con VIH), lo que genera que tengan menos tiempo para el acceso al trabajo.
- ▶ Los ingresos de las mujeres que viven con el VIH son menores y, a veces, nulos, siendo el varón quien trabaja mayormente, generando un escenario de desigualdad y violencia basada en la dependencia económica de las mujeres que viven con el VIH hacia el varón.
- ▶ El 83.25% de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) que viven con VIH y que residen en los distritos de San Juan de Lurigancho, Comas, Villa El Salvador, San Martín de Porres y Ventanilla han reducido, al menos un día, su ración de alimentos en el contexto de la pandemia de la COVID-19.
- ▶ Las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran las mujeres transgénero que viven con el VIH, representan una nueva unidad de análisis debido al mayor estigma y



discriminación que enfrentan y que por el impacto de la COVID-19 se asocia a la falta de oportunidades para alcanzar la vida digna.

- ▶ Las instituciones, tanto públicas como privadas, vinculadas a la promoción de los derechos en salud de las personas que viven con el VIH, tienen mucho trabajo por hacer en la promoción y protección de los derechos en salud y los derechos humanos de las personas que viven con el VIH peruanos y migrantes-refugiados venezolanos. Esta labor está vinculada a la percepción sobre la confianza en los servicios que brindan, percibida como insatisfactoria o parcialmente satisfactoria, y no muy alentadora como garantes de derechos para quienes viven con el VIH peruanos y migrantes venezolanos.
- ▶ La discriminación se convierte en el principal riesgo al que se enfrentan las personas que viven con el VIH, peruana y venezolana (migrante-refugiada) en su día a día, teniendo como principales escenarios el barrio, los espacios públicos, el trabajo y los hospitales.
- ▶ Finalmente, diremos que la ecuación de la vulnerabilidad aplicada para el presente estudio nos da los siguientes resultados: el 100% de la PVVS encuestada considera encontrarse en riesgo (nos daría el valor de «1»), el 38.7% de la PVVS encuestada considera tener la capacidad para enfrentarse a los riesgos a los que se encuentra expuesta (nos daría el valor de 0.387) y el 51.2% considera tener la capacidad para adaptarse activamente (nos daría el valor de 0.512).
- ▶ Aplicando la fórmula diremos que $1 + 0.38 + 0.51$ es igual a 1.899; ahora, al generar la división entre el total de la sumatoria da como resultado 0.633. En consecuencia, diremos que hay mayor predisposición de la población peruana y venezolana (migrante-refugiada) que vive con el VIH/SIDA de los distritos, a focalizar la «vulnerabilidad social».



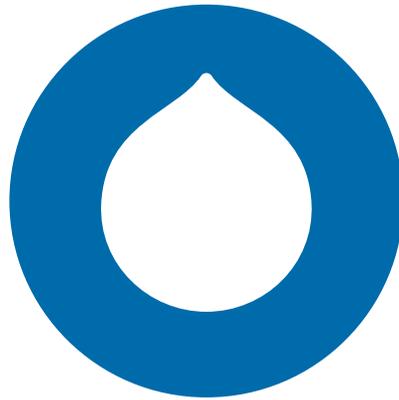
IX./RECOMENDACIONES

- ▶ Es necesario atender la vulnerabilidad social a la que se exponen las personas que viven con el VIH/SIDA peruanas y migrantes venezolanas. Para lograr esta meta se requiere el diseño de políticas públicas de protección social sensibles al VIH, según las recomendaciones de Naciones Unidas.
- ▶ Diseñar e implementar estrategias que permitan erradicar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con el VIH peruanos y migrantes-refugiados venezolanos, para garantizar los derechos humanos de acuerdo con la normativa legal del país y los tratados internacionales en la materia.
- ▶ Fortalecer las respuestas comunitarias, la promoción de la resiliencia, el autocuidado de la salud mental de las personas que viven con el VIH peruanos y migrantes-refugiados venezolanos de los distritos focalizados, con la finalidad de reducir la vulnerabilidad social asociada a la orientación sexual (homo-bisexual), la identidad de género (mujeres o mujeres transgénero), la nacionalidad migrante-refugiado venezolano.
- ▶ Construir una agenda compartida entre los sectores vinculados al desarrollo sostenible, los derechos humanos y la respuesta al SIDA para implementar políticas de protección social sensibles al VIH basadas en la evidencia a nivel mundial, con ello se podrá realizar un mejor trabajo articulado, en donde se atienda la vulnerabilidad social de las personas que viven con el VIH peruanas y migrantes-refugiadas venezolanas y se garantice el cumplimiento de los derechos humanos.
- ▶ Los gobiernos central, regional y municipal podrían brindar alimentación complementaria, dirigida a quienes viven con el VIH y no tienen la capacidad para enfrentar los riesgos en los que se encuentran debido a la pandemia de la COVID-19.
- ▶ Del mismo modo, apoyar el desarrollo de las respuestas comunitarias lideradas por organizaciones de personas viviendo con el VIH peruanas y migrantes-refugiadas venezolanas para adaptarse y superar los riesgos a los que se enfrentan a consecuencia de la COVID-19 y la pobreza emergente que han generado mayores niveles de vulnerabilidad temporal o permanente.



- ▶ La vulnerabilidad social se ha incrementado a consecuencia de la pandemia de la COVID-19, evidenciando las desigualdades y las barreras de acceso a los servicios de salud, atención ambulatoria, hospitalización, diagnóstico y tratamiento oportuno del VIH e ITS; medicamentos antirretrovirales, condones y leche maternizada para mujeres puérperas luego de la gestación. Todas estas, condiciones para la prevención y control del VIH y SIDA en la población. Si el Estado peruano no garantiza el acceso a la salud de quienes viven con el VIH estaría desatendiendo la vulnerabilidad sanitaria que ha reconocido y esto representaría un gran retroceso en todo lo avanzado durante estos años para detener el avance del SIDA en las ciudades.
- ▶ Sin embargo, el estudio busca evidencias sobre la vulnerabilidad social de la ecuación Cepal, que define la pobreza emergente, hambre permanente que origina la vulnerabilidad temporal o permanente, según tenga la persona la capacidad de adaptarse o superar las amenazas. En el caso del VIH, la COVID-19 está generando mayor pobreza y hambre de acuerdo con los datos del Banco Mundial¹⁰. Esto obliga a ampliar los pisos de la protección social para grupos vulnerables y dentro de ellos no se están considerando a las personas que viven con el VIH.
- ▶ Es por esta ausencia que debemos hacer un esfuerzo por identificar la vulnerabilidad social que enfrentan las personas que viven con el VIH/SIDA, pues de esta manera lograremos que los gobiernos subnacionales y municipalidades puedan implementar políticas de protección social sensibles al VIH, como lo recomienda ONUSIDA, para atender las necesidades de alimentación y vida digna que garanticen su sobrevivencia.
- ▶ La pérdida del trabajo ha generado pobreza emergente y, por lo tanto, hambre a consecuencia de la COVID-19, este ciclo es evidente a nivel mundial y en el Perú también se expresa como un tema de interés nacional; sin embargo, todas las políticas de protección social para atender la vulnerabilidad social, excluyen a quienes viven con el VIH. Necesitamos, por lo tanto, las evidencias de este estudio para generar los argumentos sólidos, ahí está la información, no hay más que utilizarla y exponerla ante quienes toman decisiones y diseñar soluciones basadas en los derechos humanos para no dejarlos atrás.

¹⁰ https://blogs.worldbank.org/es/voces/la-covid-impulsa-el-aumento-del-precio-de-los-alimentos-para-los-mas-pobres?cid=e_cr_e_newsletterweekly_es_ext&deliveryname=dm93109



 Calle Río de la Plata N.º 396
San Isidro, Lima - Perú

 +51 (01) 6282835 - (01) 6282836

 info@accioncontraelhambreperu.org

 www.accioncontraelhambre.pe